

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
U. E. R. MEDECINE LYON SUD-OUEST

Année 1976 N° 212

TITRE DE LA THESE

LES ENFANTS DITS "CAS SOCIAUX"
(Aide Sociale-Hygiène Mentale Infantile
et Protection Judiciaire de l'Enfance)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard LYON I

et soutenue publiquement le 11 Juin 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre MÉREL

né le 10 Mars 1949

à NEUWIED

Année 1976-77

TITRE DE LA THÈSE

LES ENFANTS DITS "CAS SOCIAUX"

(Aide Sociale-Hygiène Mentale-Infantile
et Protection Judiciaire de l'Enfance)

THÈSE

présentée

Digitized by the Internet Archive
in 2026

et soutenue publiquement le 11 Juin 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre SÉVERE

né le 10 Mars 1949

L. NEUNIER

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
U. E. R. MEDECINE LYON SUD-OUEST

Année 1976 N°

TITRE DE LA THESE

LES ENFANTS DITS "CAS SOCIAUX"
(Aide Sociale-Hygiène Mentale Infantile
et Protection Judiciaire de l'Enfance)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard LYON I

et soutenue publiquement le 11 Juin 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Pierre MÉREL

né le 10 Mars 1949

à NEUWIED

Année 1976-77

TITRE DE LA THESE

LES ENFANTS DITS "CAS SOCIAUX"
(Aide Sociale-Hygiène Mentale Infantile
et Protection Judiciaire de l'Enfance)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard LYON I

et soutenue publiquement le 11 Juin 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



par

Jean-Pierre MEREL

né le 10 Mars 1949

à NEUVY

U. E. R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président : Mr le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Mr le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice-Président : Mr le Professeur PONCET, Maître-Assistant

Troisième Vice-Président : Mr M. H. BONNET, étudiant

Secrétaire Général de L'Université : Mr J. RAMBAUD,

Administrateur Civil

Unités d'Enseignement et de Recherche (U. E. R.)

U.E.R. De Médecine GRANGE-BLANCHE : Mr le Docteur B. SALLE

Maître de Conférences

U.E.R. de Médecine ALEXIS-CARREL : Mr le Professeur C. GIROD

U.E.R. de Médecine LYON-NORD : Mr le Professeur J.P. GARIN

U.E.R. de Médecine SUD-OUEST : Mr le Professeur J.P. ROBERT

U.E.R. des Sciences pharmaceutiques : Mr le Professeur L. ODDOUX

U.E.R. des Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON,

Maître de Conférences

U.E.R. de Biologie Humaine : Mr le Professeur J.C. CZYBA

U.E.R. d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON,

Professeur d'E.P.S.

U.E.R. des Sciences Odontologiques : Mr le Docteur R. VINCENT

U.E.R. de Mathématiques : Mr le Professeur H. BUCHWALTER

U.E.R. de Physique : Mr le Professeur R. UZAN

U.E.R. De Chimie et Biochimie : Mr le Professeur J. HUET

U.E.R. des Sciences de la Nature : Mr le Professeur J. BRUN

U.E.R. de Sciences Physiologiques : Mr R. FONTANGES,

Maître de Conférences

.../...

U.E.R. de Physique Nucléaire : Mr le Professeur A. SARAZIN

U.E.R. de Mécanique : Mr le Professeur J. MATHIEU

Observatoire de Lyon : Mr le Professeur J. H. BIGAY

I.U.T. 1 : Mr le Professeur B. POUYET

I.U.T. 2 : Mr J. GALLET, Directeur E. N. S. A. M.

COMPOSITION DU JURY

PRESIDENT : Monsieur le Professeur P. GIRARD

ASSESSEURS : - Monsieur le Professeur G. NOEL

- Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN
Maître de Conférences Agrégé

- Monsieur le Professeur Agrégé R. DE VILLARD
Maître de Conférences Agrégé

- Monsieur le Docteur J. GRAMBERT

A Mireille

A mon frère, à ma mère

A ma famille

A ma belle famille

A mes amis

Aux Membres de notre Jury.

A Monsieur le Professeur P. GIRARD

Nous avons pu bénéficier, le temps trop court d'un semestre d'externat, de la richesse de son enseignement. Il a accueilli notre travail avec une grande bienveillance. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur G. NOEL

Durant le semestre passé dans son service, nous avons pu juger de sa grande disponibilité et de la clarté de son enseignement. Nous le remercions de nous faire l'honneur d'être notre juge.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN

Ses vues sur la compréhension du monde de "la folie" et les implications thérapeutiques qu'il y introduit sont pour nous un modèle permanent de réflexion. Son jugement sera pour nous des plus précieux. Nous le remercions de sa présence en ce jour.

A Monsieur le Professeur Agrégé R. DE VILLARD

Il nous a accueilli avec une extrême courtoisie. Sa grande connaissance en matière de Psychiatrie infantile fait que son point de vue aura pour nous un intérêt tout particulier. Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

A Monsieur le Docteur J. GRAMBERT

Nous lui sommes gré d'avoir si aimablement accepté de cautionner notre thèse. Sa grande expérience des problèmes dont traite ce travail, nous a été précieux. Il a su évoquer avec humour sa pratique personnelle et orienter nos recherches. Nous le remercions de sa présence dans notre jury.

A ceux qui nous ont fait connaître la psychiatrie et ont été nos maîtres.

- Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

- Monsieur le Docteur M. MARIE-CARDINE

- Monsieur et Madame le Docteur BACACHE

- Madame le Docteur P. REYSS-BRION

- Monsieur le Docteur R. CROS

A ceux qui ont directement ou indirectement contribué à l'élaboration de notre travail.

A Monsieur Le Docteur A. BARNOLA

A Monsieur B. FAYOLLE, Juge des Enfants

A Monsieur FAYOL-NOIRGETTERE, Juge des Enfants

Aux Psychologues, Educateurs et Assistantes Sociales
De l' A. D. S. E. A. de la Loire.

DIALOGUE en GUISE de PREFACE

- Auriez-vous la possibilité de voir une petite fille, Nadine C.. en consultation la semaine prochaine ?

- "oui".

- "C'est une famille que je suis depuis plus d'un an. Le signalement a été fait au juge des enfants parce qu'on soupçonnait sa mère de battre Nadine..... elle avait été hospitalisée à la suite d'une fracture. Sa mère dit que Nadine est tombée.... L'enfant portait souvent des ecchymoses.... En fait, on n'est sûr de rien. Mais de toutes façons, rien ne va depuis longtemps dans le ménage... L'assistante sociale du secteur s'en occupait déjà avant moi. Les parents se sont séparés plusieurs fois mais ils se retrouvent toujours... Le père a une maîtresse et la mère passe son temps à le suivre quand il quitte la maison. Il ne travaille pas régulièrement.... De plus, il boit. Il y aurait plutôt un mieux actuellement, mais il y a toujours des scènes, surtout quand il a bu.

Moi, je ne sais pas que faire avec cette famille. Je peux rarement rencontrer le père et quand je le trouve, il refuse de discuter. Elle, c'est toujours la même chose, elle me submerge, elle me raconte ses déboires conjugaux... Mais on ne peut pas avoir un vrai dialogue avec elle, on ne peut pas aborder les vrais problèmes. Ou bien ce sont les difficultés financières qu'elle avance comme toujours dans ces familles de cas social. Elle supporte mal mon intervention : elle a vu le juge des Enfants et elle sait que c'est lui qui a ordonné la mesure d'aide éducative.... enfin, vous me direz ce que vous en pensez..."

- "Mais l'enfant ?"

- "Nadine ? Sa mère dit qu'elle l'aime moins que ses deux autres filles parce qu'elle ne l'a pas élevée. Nadine a été placée à différentes reprises depuis sa naissance et sa mère ne l'a recueillie

.../...

qu'il y a un an 1/2.... Elle reste toujours dans son coin. Sa mère ne la laisse pas s'amuser. Elle n'a pas l'air heureux. Elle a un retard de langage important et la maîtresse de l'Ecole s'inquiète... On pense qu'il faudrait placer Nadine... Madame C... n'a pas l'air d'y être opposée, parce qu'elle supporte mal Nadine. Enfin, vous verrez la mère. Parce que le père, de toute manière, refuse de venir vous voir..."

Ce dialogue, presque monologue, pourra surprendre. Ainsi s'est pourtant déroulé avec une assistante sociale cet entretien qui fut le prélude à notre première consultation de médecin attaché à la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de la Loire.

On peut y voir l'origine de cette thèse par les interrogations qu'il a suscitées, tant en ce qui concerne les difficultés des familles et des enfants (cas sociaux) que nous aurions à suivre, le sort qui avait été le leur et celui qui leur était fait, qu'en ce qui concerne la nature et le sens réel de notre intervention.

I N T R O D U C T I O N



"Les enfants dits cas sociaux", le titre de ce travail pourrait paraître prétentieux. Il serait alors trompeur. Nous ne saurions prétendre ici proposer une étude exhaustive des questions tant théoriques que pratiques soulevées par le nombre sans cesse croissant de ces enfants pris en charge par les différents organismes de l'Aide Sociale à l'Enfance, indifféremment "étiquetés" : "inadaptés sociaux", "cas sociaux", "enfants en danger".

Il s'agit pour nous d'une tentative à rassembler en un discours cohérent les réflexions éparses que nous ont suggéré dix huit mois de pratique médicale, au titre de psychiatre attaché aux services de la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de la Loire. Aussi, le schéma intellectuel que nous suivrons n'est-il rien d'autre que la synthèse provisoire d'observations personnelles ou de réflexions dont la matière nous fut fournie par des juges des enfants, des éducateurs, des psychologues, des assistantes sociales, par les enfants eux-mêmes surtout et par leurs familles rencontrés dans le cadre au demeurant trop particulier de consultations dites "d'orientation éducative".

Notre travail s'est ainsi orienté dans une double direction :

- Dans une première partie, nous essayerons de définir les "cas sociaux" dans leurs diverses composantes familiales, sociales, historiques et psychologiques. Les circonstances bien particulières qui ont motivé les consultations auprès du psychiatre ont marqué de leur empreinte notre mode d'approche de ces enfants dits cas sociaux et de leurs familles et ont influencé notre manière de les présenter. Nous aurons à nous en expliquer.

.../...

- Après un deuxième volet consacré à l'étude plus psychiatrique d'une quinzaine d'observations,
- Il nous a paru important de rendre compte de la diversité des interventions de tout ordre, appliquées aux enfants et aux familles et qui constituent l'Aide à l'Enfance. Nous insisterons sur ce mode plus particulier d'intervention que constitue la protection judiciaire, cadre de notre expérience, et sur le rôle plus spécifique du psychiatre.

A) Nous tenterons donc en premier lieu de définir le concept de "cas social".

L'opinion publique est prompt à se saisir (et à s'attendrir) des cas individuels lorsque l'actualité leur donne une publicité particulière, mais sa générosité tombe vite sous le double coup de l'oubli et de la prégnance des problèmes personnels. L'intérêt que suscite de façon sporadique l'aventure d'un "cas social", enfant battu, nourrisson abandonné, délinquant antisocial, n'a d'égal que l'ignorance des difficultés et du nombre de ces "enfants dits cas sociaux" dans laquelle est laissée (ou se laisse) le reste de la société, que par opposition l'on pourrait dire adaptée ou normale. Il ne s'agit pourtant pas de cas exceptionnels ni même rares, et la situation de ces enfants justifie un travail de recherche plus conséquent que le nôtre, non seulement en ce sens qu'elle est dramatiquement grave, mais, comme le souligne SOULE (1), "en ce qu'elle touche un nombre infiniment plus grand que quiconque le soupçonne et notamment les psychiatres d'enfants, à qui ils échappent totalement et n'ont éventuellement qu'à constater après coup les détériorations sans recherche étiologique possible".

Une étude prévisionnelle note en effet que 810000 jeunes relèveront en 1980 de l'Aide Sociale à l'Enfance.

1) Alors même que l'opinion, que les travailleurs sociaux (éducateurs, assistantes sociales) eux-mêmes cherchent à définir la notion de "service social", à élucider le but du "travail social", le concept même de "cas social" paraît difficile à cerner. Nous tenterons dans un premier temps en soulignant déjà que le qualificatif nous paraît impliquer trop de préjugés quant à l'origine et à la nature des difficultés rencontrées par les "cas sociaux", de définir ce concept en insistant sur les dénominateurs communs entre tous ces enfants :

- le premier est d'être ou privé de famille, ou privé de milieu familial "normal",
- le second d'appartenir au milieu socioculturel le plus défavorisé,
- le dernier, non des moindres, d'être l'objet de la sollicitude des services d'Aide sociale, que ceux-ci soient requis par les familles défaillantes ou imposés par la pression sociale, voire la contrainte judiciaire. Les cas sociaux ont en effet en commun le sort qui leur est fait et dont nous verrons qu'il opère entre les enfants d'une population une véritable ségrégation.

2) Ce sont les fondements de cette ségrégation que nous nous proposons, à la suite de SOULE, d'analyser, dans ses composantes historiques et psychologiques. Le devenir des enfants sans famille ou de famille insuffisante ou anormale varie selon les temps et les cultures, mais "ces enfants-là", objets de ségrégation par la société, sont aussi pour certains objets d'un surinvestissement, parce que leur histoire a des réson-

.../...

nances profondes et diverses dans l'inconscient de chacun. Les attitudes sont souvent extrêmes : les enfants sont rejetés ou trop protégés, leurs parents condamnés ou excusés (voire "pardonnés").

3) Au delà des considérations historiques ou psychologiques générales, nous avons enfin essayé de dégager de l'étude d'une centaine de cas, dont une quinzaine d'observations est rassemblée dans la deuxième partie de ce travail, des considérations psychopathologiques et cliniques. L'examen médico psychologique de ces enfants ne pouvait permettre de dessiner un "profil psychologique" de l'enfant ou de l'adolescent "cas social". Mais il est important de souligner que si peu de ces enfants ou adolescents nous étaient présentés en consultation pour des troubles psychologiques ou psychiatriques, beaucoup d'entre eux nous ont paru justifier en fait d'une thérapeutique de cet ordre. Le motif des consultations est pourtant souvent tout autre : occasion de faire rencontrer au "spécialiste" des parents jugés indignes ou anormaux pour qu'il éclaire travailleur social ou juge des enfants sur une "pathologie familiale globale", voire qu'il justifie et oriente en fin de compte une mesure de placement des enfants.

Les symptômes présentés par ces derniers sont variés : névrotiques, psychotiques, caractériels, déficitaires. Le pronostic y est, comme toujours en matière de psychiatrie infantile, difficile, mais souvent réservé, car la résistance du milieu est grande, comme les possibilités d'intervention sont limitées.

B) Nous abordons là le second volet de notre propos : "Que fait-on pour les enfants cas sociaux ?". Il serait plus juste de dire parfois "qu'en fait-on ? ". L'éven-

tail n'est pas large des solutions proposées qui seraient satisfaisantes et ne renfermeraient pas le cas social dans une nouvelle marginalité. "Que faudrait-il faire ? ", la question restera sans doute en suspens. Un psychiatre attaché de longue date aux services d'aide sociale à l'Enfance la posait sous cette forme : "l'Aide à l'enfant dit cas social doit-elle être sociale ?".

Pour tenter d'y répondre, nous serons amenés à rendre compte de l'organisation de l'aide à l'enfance et à aborder ce que SOULE dénomme "cette sollicitude protéiforme" que sont les multiples pratiques d'aide, en partant des principaux types d'intervention.

Nous insisterons sur la protection judiciaire de l'enfance, domaine plus particulier de notre pratique, dont les bases juridiques comme les moyens qu'elle met en oeuvre sont souvent mal connus, bien que près de 60000 enfants et adolescents aient en 1975 fait l'objet d'une mesure d'aide éducative ordonnée par une juridiction de mineurs.

Quel est enfin le rôle du psychiatre d'enfants dans la protection de l'Enfance en danger ? Il n'est encore que trop souvent toléré plutôt qu'intégré par les administrations et les services spécialisés de l'enfance. Trop fragmentaire et ponctuelle, son intervention n'a pas l'efficacité et l'utilité qu'elle devrait avoir. Il s'agit bien souvent de lui demander de cautionner le travail de l'éducateur, voire du psychologue, d'aborder dans les services hospitaliers les enfants dont l'arriération ou le comportement sont gênants, d'avaliser des décisions, de poser parfois un diagnostic. Mais il ne semble pas qu'il participe encore à l'élaboration de la politique de l'aide à apporter aux enfants et aux familles en difficultés.

PREMIERE PARTIE

=====

LES ENFANTS ET LES FAMILLES

DITS DE "CAS SOCIAL"

Les travaux scientifiques de ces quarante dernières années en matière de psychopathologie de l'enfant ou de l'adulte ont montré la valeur fondamentale des toutes premières années de la vie, période où s'établissent les bases de l'équilibre psychoaffectif et de la personnalité de l'individu. La nature des biens affectifs que peut nouer un adulte ou un enfant dépend des expériences vécues dans la toute première enfance, notamment des relations mère-enfant.

Mais au delà de cette relation "privilegiée" mère-enfant, l'importance des liens intrafamiliaux a été soulignée : liens de l'enfant avec ses parents, sa fratrie, mais aussi des parents entre eux, des parents avec leurs enfants. R. LAING écrit : *"une famille n'est pas la somme de ses composantes ; c'est un véritable système de règles de conduites qui jouent un rôle obscur mais important, à la fois dans la relation des membres de la famille entre eux et dans leurs rapports avec les autres."*

Que face à un enfant souffrant, il soit nécessaire, pour déchiffrer la signification des symptômes, de rechercher les règles qui déterminent l'équilibre de la famille (même équilibre pathologique), est de nos jours évident.

La généralisation de telles notions explique que l'aide à l'enfance ne se résume plus au recueil des enfants abandonnés ou martyrs, mais tende à la protection d'enfants supposés en danger moral, physique ou psychique. Il a cependant fallu attendre 1958 pour qu'en FRANCE l'antique "Puissance Paternelle" disparaisse de notre droit, 1959 pour que soit fait à l'Assemblée générale des Nations Unies "La déclaration des Droits de l'Enfant". On conçoit dès lors que la conscience publique puisse aujourd'hui s'émouvoir du sort subi par les enfants sans famille mais aussi ceux dont la famille paraît incapable de les élever

dans les règles élémentaires de l'hygiène physique ou mentale. Les enfants dits de "cas social" constituent une proportion importante de la clientèle de l'Aide sociale à l'enfance. Ils constituent presque exclusivement celle des juridictions de la Protection de l'Enfance. Les signalements se font en effet d'autant plus facilement qu'il s'agit d'une famille en détresse et qu'au delà même de la personnalité des parents défailants, les conditions de vie et le milieu "élargi" (socioculturel) apparaissent insatisfaisants.

Que nous ayons choisi de parler des parents, du milieu social, du sort de ces enfants, avant de les aborder en tant qu'individus s'explique, nous le verrons, parce que cette double réalité sociale et familiale, ainsi que le sort qu'on leur a fait s'est imposée à nous comme inéluctable et a précédé toutes nos rencontres avec les enfants eux-mêmes, ces enfants particuliers que l'usage actuellement repère sous le vocable de "cas sociaux".

I - CONSIDERATIONS SOCIOFAMILIALES - LE SORT DES ENFANTS DITS
"CAS SOCIAUX".-

A - LE MILIEU FAMILIAL

Une remarque préliminaire s'impose. L'étude que nous nous proposons du milieu familial des enfants dits cas sociaux, tel que nous l'avons rencontré, pourrait surprendre dans son mode d'exposition. De fait, la démarche qui est la nôtre ici, est à l'image que ce que nous a imposé notre pratique quotidienne de psychiatre attaché à la Sauvegarde de l'Enfance.

Il faut avoir à l'esprit les différences essentielles qui séparent des consultations "d'orientation éducative" ordonnées par le Juge des enfants, de consultations en dispensaire ou en cabinet privé. Dans notre pratique, les parents ne sont que rarement "demandeurs". Ce sont au contraire les travailleurs sociaux qui suivent les familles, les juges des enfants qui imposent une consultation pour l'enfant (en fait plus souvent, nous le verrons, pour les parents), comme ils l'imposent au psychiatre. Pour ce dernier, la famille n'est pas une inconnue : un "dossier" la précède (l'enquête sociale) où les travailleurs sociaux lui soumettent avant tout ce qui eux-mêmes les a frappés et les angoisse encore : en premier lieu la Dissociation familiale dans ce qu'elle sous entend pour le couple parental de mésentente et de violence, dans ce qu'elle a imposé à l'enfant de traumatismes et de séparations. C'est la réalité de la famille qui est mise en avant et non pas le symptôme de l'enfant qui motive la consultation dans la plupart des cas.

Contraint dans un premier temps d'accepter cette "pathologie familiale globale" comme l'essentiel, telle qu'on la lui présente, telle qu'elle s'est manifestée macroscopiquement, le psychiatre cherche dans un deuxième temps à retrouver une

démarche plus spécifiquement sienne : analyser la dynamique relationnelle intra-familiale, les relations parents-enfants.

Mais il se heurte alors au caractère contraignant voire répressif de la consultation psychiatrique "judiciaire" pour laquelle parents et enfants ont été convoqués. Ici, la nature judiciaire de la mesure d'aide aux familles renforce le plus souvent les craintes et les réserves de parents se vivant à priori coupables puisqu'ils ont déjà eu à rendre compte devant un juge de leurs carences en matière d'éducation.

- Aussi les parents (surtout les pères) refusent-ils parfois de rencontrer le psychiatre et envoient l'enfant seul.

- S'ils se rendent à la consultation, c'est dans l'idée de plaider leur cause face à un nouveau juge et de le convaincre de l'inutilité de son intervention. (Il existe cependant un certain nombre de cas où les parents ont eux-mêmes demandé l'intervention du juge des enfants, le plus souvent alors pour un placement de l'enfant, ce qui limite aussi le champ de la consultation psychiatrique).

Dès lors qu'il lui devient impossible d'appréhender, en raison du refus des parents, ce qui dans leurs relations à l'enfant pourrait éclairer la personnalité de ce dernier, le psychiatre n'a plus que le recours nécessaire à un compromis, qui serait, au travers de l'enquête sociale et du contact distant avec la famille, de s'en arrêter aux déficiences parentales caractéristiques personnelles plus facilement découvertes (alcoolisme, maladies mentales etc...) dans leur histoire et leur comportement.

1) LA DISSOCIATION FAMILIALE

Le terme de dissociation familiale est le plus souvent utilisé pour caractériser le milieu familial des enfants cas sociaux. Il sous entend :

- soit la mésentente conjugale,
- soit l'absence de l'un ou des deux parents.

De nombreuses classifications ont été proposées pour décrire cette dissociation. Sans entrer ici dans les détails il nous paraît utile d'indiquer les altérations de la cellule familiale les plus fréquemment rencontrées.

Nous ne perdrons pas de vue que les chiffres que nous présentons ici, relatifs à la structure familiale, concernent des familles signalées à l'attention de la justice, donc les plus susceptibles de présenter des déficiences graves.

Le schéma qui précède ne doit pas dissimuler l'extrême complexité de la dissociation familiale, tant en ce qui concerne sa nature et sa genèse que ses modes d'incidence et sa portée. On ne peut généraliser ni, par exemple, considérer que le décès d'un parent soit moins grave qu'un certain seuil de mésentente entre les époux. Tout est question d'espèce.

- L'absence peut exister indépendamment de toute mésentente, et tous les stades existent depuis le décès d'un parent, à l'absence qui résulte par exemple du fait que les deux époux travaillent et qu'en raison d'horaires différents ils sont rarement ensemble en présence de l'enfant.

L'absence peut être consécutive à une maladie ou à un emprisonnement.

Elle peut être au contraire l'expression de la mésentente. C'est l'abandon du foyer, qui peut aboutir à une séparation de fait, à un divorce.

La mésentente ne varie pas moins dans sa forme et dans ses degrés. Elle s'exprime brutalement ou elle se déguise ; elle est en fait, il faut ici le souligner, statistique présentée, extrêmement fréquente (65 % des cas), qu'il s'agisse d'un mariage légal, d'une vie en concubinage, d'un remariage.

L'enfant souvent témoin de "scènes", est conduit à prendre parti pour un parent, soit que les circonstances l'y poussent, soit qu'il y soit convié par l'un des parents, soit enfin, qu'il soit lui-même l'objet du désaccord.

Il faut ici insister sur ce fait que la relation familiale est normalement une relation triangulaire non pas seulement père-enfant et mère enfant, mais aussi père-mère. Le risque de perturbation chez l'enfant ne saurait s'expliquer seulement à partir de la détérioration directe entre parents d'une part et enfant de l'autre. Souvent, il serait amputé de l'essentiel si l'on perdait de vue le fait que la détérioration du couple parental constitue en soi un facteur agissant directement et intensément sur l'enfant, en dépit de la relation apparemment bonne qu'il pourrait avoir individuellement avec son père ou avec sa mère. Le fait même que sa relation avec l'un des parents doive être séparé de sa relation avec l'autre, a, nous le verrons plus loin, dans la plupart des cas - pour ne pas dire toujours - une profonde résonance sur le plan psychique.

Cette remarque étant faite, la dissociation familiale peut être analysée en termes statistiques, à partir des 100 familles qui constituent l'objet de notre étude.

a) Dans 47 familles, l'enfant vivait avec ses deux parents :
(42 couples mariés, 5 vivant en concubinage) Dans la moitié des cas, il existait une mésentente dans le couple, manifeste et violente dans 15 cas.

b) Dans 53 familles, l'enfant vivait avec un seul de ses vrais parents.

- dans 3 cas : le père était emprisonné ou absent depuis longtemps ;

- dans 30 familles : un des parents était séparé ou divorcé, et la mère ou le père restant s'était remarié ou vivait en concubinage dans 12 d'entre elles.

- dans 16 familles : l'un des parents était décédé (5 remariages).

- enfin, il y avait 4 familles où la mère était célibataire et vivait seule.

- dans 22 familles, les enfants vivaient avec la mère seule, dans 7 avec le père seul.

Ces chiffres rendent compte de situations traumatique pour les enfants dits cas sociaux par les séparations qu'elles impliquent de fait (absence) ou dans leurs fantasmes (mésentente). Hors, il nous paraît nécessaire de rapprocher de ces faits qui relèvent de la dissociation familiale proprement dite, les nombreuses séparations du milieu familial dont l'enfant cas social est lui-même l'objet : 60 % des enfants rencontrés ont eu à subir une séparation prolongée de plus de six mois (pour raisons financières, de santé ou autre). Le nombre des placements subis augmentant avec l'âge de l'enfant. Nous développerons cet aspect dans le 3ème volet de notre étude (le sort des enfants dits cas sociaux).

En conclusion : Le concept de dissociation familiale a pu être utilisé pour des études statistiques visant à mettre en évidence une relation entre l'inadaptation psychologique des enfants et ce type de foyer.

BOWLBY cite dans une monographie de l'O.M.S. (1964) intitulée "Soins Maternels et Santé Mentale" une étude entreprise par MENUT : comparant des enfants présentant des troubles du comportement, il trouve que 66 % des enfants difficiles viennent de foyers dissociés. Sur 100 enfants difficiles issus de ces foyers, il a pu s'assurer que pour 84 d'entre eux, le foyer dissocié constituait le facteur essentiel.

Si de telles études ont le mérite de souligner l'importance des expériences vécues dans le milieu familial, le concept de foyer dissocié ne saurait cependant suffire pour aborder le cas particulier que constitue chaque famille. Il s'applique à un trop grand nombre de situations hétérogènes qui provoquent des répercussions psychologiques différentes. BOWLBY propose que lui soit associé le concept de "perturbations des liens affectifs unissant parents et enfants".

2) LES PERTURBATIONS DES RELATIONS

PARENTS - ENFANTS

De telles perturbations sont en effet souvent rencontrées, mais non nécessairement associées à la dissociation familiale.

Pour BOWLBY, les situations les plus fréquemment susceptibles d'être pathogènes pour l'enfant, sans qu'il s'agisse forcément d'une carence ou d'une réjection complète serait :

- a) une attitude inconsciente de rejet sous jacente à une attitude affectueuse ;
- b) une exigence excessive d'amour de la part de la mère ou du père ;
- c) une satisfaction inconsciente substitutive tirée par l'un des parents de l'attitude de l'enfant, bien qu'il la condamne consciemment.

De telles situations, si nous avons pu les déceler dans les familles de cas social que nous avons rencontrées, n'ont cependant à notre avis rien de spécifique, sinon que l'enfant, de par ce qu'il signifie pour des parents si fréquemment perturbés dans leur relation conjugale, y est plus qu'ailleurs et de manière plus évidente, objet de conflits et de projection pour ces derniers.

Si la classification proposée par BOWLBY nous paraît peu susceptible d'être utilisée à des fins statistiques, il nous semble essentiel par contre, dans toute tentative à cerner une personnalité d'enfant et à comprendre le sens de ses symptômes, de rechercher comment l'enfant s'inscrivait dans le désir de chacun des parents, qu'elle était sa signification pour le couple. C'est ce que nous avons tenté de faire dans l'analyse des cas particuliers que constitue chacune de nos observations. Cela n'a pas toujours été possible compte tenu des limites imposées à notre investigation.

Mais l'étude de la personnalité et du comportement des parents demeure une démarche fondamentale en psychiatrie infantile en ce sens que les distorsions individuelles du psychisme des parents comme celles du couple se marquent tout au long de l'évolution de l'enfant. Pour autant que les identifications aient été valablement constituées, que l'entourage lui ait offert (surtout par la personne des parents et l'harmonie de leur entente) un support accessible et équilibré, tout en satisfaisant ses besoins et

en répondant au sens de la demande profonde du sujet (et sans proscrire les réactions passagères d'opposition constructive) les conflits habituels à toute évolution psychique de l'enfant ont toutes les chances de trouver une solution valable.

Mais qu'advienne une faille ou une perturbation dans l'économie psychique, et les conflits, cessant d'appartenir à l'évolution normale, deviennent point de départ possible de troubles dans l'affectivité, la personnalité, l'adaptation sociale ou les capacités intellectuelles de l'enfant. Ici interviennent :

- aussi largement sinon davantage que les événements "macroscopiques" caractérisant la dissociation familiale (rupture de liens, discorde...)

- tout ce qui a pu interférer avec l'évolution normale dans le cadre relationnel, c'est à dire la personnalité des parents, leur capacité d'investir l'enfant, de leur prodiguer des soins suffisants.

Ainsi peut-on comprendre qu'au delà de toute hérédité biologique, *(qui suffit comme justification pour certains et permet de minimiser à bon compte les pesées autrement prégnantes des dysgénèses précoces au moment de l'édification et de la structuration du psychisme du jeune enfant.)*, puissent s'établir des généalogies pathogènes marquées d'une sorte de fatalité qui se perpétue sous forme d'instabilité, de délinquance, d'incohérence dans les soins donnés aux enfants.

De telles lignées sont fréquentes en "matière" de cas sociaux, et nous avons pour notre part connu des familles "cas social" suivies depuis plusieurs générations par le même service de la Sauvegarde de l'Enfance. Il serait sans doute intéressant de tenter un jour l'étude des "filiations" pathologiques qui semble se dessiner au travers de tels cas.

3) LES DEFICIENCES PARENTALES DANS LES FAMILLES

Si nous avons tenté de rapporter à titre d'exemple dans certaines de nos observations, et de la manière la plus détaillée possible, ce que nous avons pu reconnaître ou comprendre des relations intra-familiales, la difficulté à généraliser de telles données (tant dans leur éventuel classement que dans l'appréciation de leurs conséquences), comme le manque d'information de cet ordre quand l'un ou les deux parents refusaient de nous rencontrer, nous a contraint à nous référer à une pathologie parentale ainsi qu'elle nous était présentée dans le signalement des cas, si nous voulions avancer des caractéristiques plus précises des familles de cas sociaux.

Le sens commun voudrait que dans ces familles là, le père soit le plus souvent alcoolique ou violent, paresseux de surcroît, la mère volage ou débile. Sans doute une telle pathologie n'est-elle pas le privilège des individus issus des milieux socioculturels les plus défavorisés. Mais les signalements qui les mènent au Cabinet du Juge des Enfants sont d'autant plus aisés qu'ils concernent des familles qui moins que d'autres ont la possibilité ou le désir de masquer leurs insuffisances et qui les manifestent de la manière la plus bruyante.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner de voir ici se confirmer certaines idées que nous pensions préconçues. Les chiffres "parlent" d'eux-mêmes et il ne nous a pas semblé nécessaire de les commenter. Nous soulignerons seulement que ces "déficiences" parentales sont autant de difficultés auxquelles se heurte celui qui cherche à porter aide à l'enfant "cas social" comme à sa famille.

Pour les 100 familles observées :

: DEFICIENCES PARENTALES	:	PERES	:	MERES	:
: Alcoolisme	:	38	:	16	:
: Conduite délictueuse ou anormale	:	11	:	21	:
: Débilité	:	5	:	13	:
: Maladie grave - infirmité	:	9	:	6	:
: Passé judiciaire	:	10	:	3	:
: Maladie mentale grave	:	4	:	6	:
: Séjour en Hôpital psychiatrique	:	18	:	9	:
: Autorité abusive - violence	:	19	:	13	:
: Faiblesse excessive - désintérêt	:	15	:	12	:
: pour 1 ou tous les enfants	:		:		:

Le total des pourcentages est supérieur à 100 puisque plusieurs déficiences, dans de nombreux cas, ont été notées pour un même parent.

La répartition des carences parentales à l'intérieur est enfin important à considérer : celles-ci concernent :

- le père seul dans 17 % des cas,
- la mère seule dans 23 % des cas,
- le père et la mère dans 40 % des cas.

Dans 20 % des cas seulement, aucune pathologie "macroscopiquement" décelable ne se rencontrait. C'est dans ces 20 % surtout que se recrutent les parents qui eux-

mêmes avaient demandé l'intervention d'un service d'aide sociale ou judiciaire et ceux qui avaient plus volontiers accepté la consultation médico-psychologique pour un ou plusieurs de leurs enfants.

B - LE MILIEU SOCIO-CULTUREL

- Que les cas sociaux appartiennent au milieu socio-culturel le plus défavorisé apparaît comme une évidence que l'on pourrait juger inutile de souligner ; il faut bien que se justifie en effet l'épithète "social" qu'on leur attribue. Mais si le psychiatre d'une manière générale ne porte un intérêt que secondaire ou secondairement à l'appartenance de ses patients à tel ou tel milieu social, il nous paraît cependant nécessaire d'insister ici (brièvement mais concrètement par des données chiffrées) sur les difficultés socio-économiques des familles dites de cas social et la désorganisation que celles-ci impliquent au point de vue de leur intégration dans la communauté.

- On sait d'autre part que le milieu socioculturel n'est pas dénué d'influence sur le développement psychique et intellectuel de l'enfant ; les possibilités qu'offre le milieu environnant à la résolution de leurs conflits en modère l'expression. Ses insuffisances peuvent déterminer des déficits. Le peu de stimulation intellectuelle qu'ils offrent le plus souvent et son retentissement sur l'avenir scolaire et professionnel des enfants en est l'exemple le plus évident.

- Enfin, il est à constater dans les faits que l'Aide Sociale à l'Enfance ne s'adresse pas aux enfants de toutes les classes sociales ; la protection judiciaire de l'Enfance en danger non plus. Si des enfants de famille aisée ont un jour à faire (en raison d'un délit, du divorce des parents, etc)

à une juridiction pour mineurs, les mesures d'aide éducative en milieu ouvert, comme les placements proposés ou imposés par le juge ou l'aide sociale, restent le "privilège" des familles de cas sociaux qui n'ont pas les moyens de concevoir et réaliser seules les solutions souhaitables à leurs difficultés. Nous verrons en effet que les services sociaux prodiguent leur aide aux plus pauvres, qui n'ont pas la possibilité de s'en priver ni les moyens de la refuser.

1) Les données concrètes : Nous étudions successivement,

A) Les données socio-économiques :
- la catégorie professionnelle des chefs de famille

- les ressources du foyer
- le nombre d'enfants à charge

B) Les données culturelles :
- le niveau culturel
- la transplantation

A) Les données socio-économiques

a) Les catégories socio-professionnelles des chefs de famille

Nous avons déjà souligné que les familles de cas sociaux, où les défaillances sont le plus facilement visibles, constituaient naturellement une proportion très importante de la clientèle des Tribunaux, donc des Sauvegardes de l'Enfance. Il nous a paru intéressant de comparer ces catégories professionnelles des familles que nous avons suivies, (familles dites de cas social) à une étude publiée par l'I. N. S. E. E. en 1968, concernant la répartition des professions pour l'ensemble de la FRANCE qui servirait de référence.

(	:	:	)
(	Profession	Ensemble	Familles Dites
(	Des Chefs	De La FRANCE	de cas social
(	De Famille	Pourcentage	vues Par Nous
(	:	:	)
(	Professions Libéra-	:	)
(	les, Cadres Sup.	7,4	0
(	Cadres Moyens	10,2	0
(	Commerçants	11,6	2,2
(	Employés	9,6	2,2
(	Ouvriers, Salariés	:	)
(	Agricoles, Manoeu-	:	)
(	vres	46,6	9,3
(	Agriculteurs	11,7	1,1
(	Divers	2,8	1,5
(	:	:	)
(	100	100	)

Ces chiffres paraissent significatifs :

- La catégorie des ouvriers et manoeuvres est celle où se recrutent les cas sociaux dans une majorité évidente de cas. C'est dans cette classe professionnelle que les conflits se manifestent le plus bruyamment, c'est à dire s'extériorisent de la manière la plus visible ; ce qui explique que le signalement au Juge des Enfants qui demeure aujourd'hui encore un recours extrême concerne ces familles plus souvent que tout autre : la promiscuité des logements dans les quartiers ouvriers très peuplés, où "tout se sait" rend aisée la découverte des carences et des difficultés de tout ordre.

.../...

- Le milieu rural apparaît plus protégé : non qu'il soit exempt de familles dissociées ou en difficultés ; mais la rareté des interventions judiciaires s'y explique :

- par l'éloignement du centre urbain,

- par le mode de vie en milieu rural pluriel plus intimiste, surtout plus tolérant que celui qui caractérise les villes et plus particulièrement les quartiers les plus pauvres. (Les assistantes sociales s'y montrent elles-mêmes moins "activistes" qu'ailleurs.

- Un élément n'apparaît pas ici, où le détail des professions n'est pas donné : la sous qualification très fréquente, qui rend aléatoire la stabilité de l'emploi de même qu'elle se caractérise par des revenus très bas. La proportion des chômeurs est donc importante, l'absence de travail (volontaire parfois) du Chef de famille constituant un facteur supplémentaire de déséquilibre (à la fois économique, social et familial) : ce qui justifie dans le tableau suivant (revenus des foyers), l'absence dans 12 % des cas de salaire.

On sait enfin que la sous qualification professionnelle est souvent le lot des populations transplantées, corroborant le pourcentage important d'émigrés dans les familles de "cas social".

b) Les ressources économiques des foyers cas sociaux

permettent une plus juste appréciation des conditions matérielles de vie de ces familles. Pour notre part, le salaire (du père ou de la mère ou des 2), dans les 100 familles étudiées se répartissait comme suit :

- pas de salaire 12 % (chomage,
invalidité du père ou absence
d'un des parents)

- Salaire jusqu'à 1500 F. / mois 54 %
- Salaire de 1500 à 2000 F. par mois 23 %
- Plus de 2000 F. / mois 11 %

Il serait en fait plus significatif de comparer les moyennes économiques qui tiennent compte :

- de l'ensemble des revenus : en effet, nombre de ces familles vivent d'allocations diverses non retenues comme salaires : pension d'invalidité, pension de veuve, allocation de l'aide à l'enfance, prestations familiales surtout dont le montant croît avec le nombre d'enfants (d'où la croyance bien enracinée chez la plupart que "ces gens là font des enfants pour toucher les allocations").

Il faut aussi rappeler que l'absence fréquente d'un des parents, du fait d'une séparation, d'un divorce, d'un décès, limite les ressources financières de la famille - (Dans notre étude sur la dissociation familiale, dans 50 % des cas, 1 des parents manquait) - quand le père ne "buvait pas sa paye".

- du nombre d'enfants à charge : On sait que, à l'inverse de ce que la logique voudrait, c'est dans les familles défavorisées que l'on rencontre le plus grand nombre d'enfants (les familles transplantées payent ici encore un lourd tribut au taux de natalité). Les familles de cas sociaux n'échappent pas à la règle :

Pour 100 familles suivies :

- 2 familles n'avaient qu'un enfant ;
- 4 familles avaient 2 enfants ;
- 50 familles avaient de 3 à 5 enfants ;
- 28 familles avaient de 6 à 9 enfants ;
- 16 familles avaient de 10 à 13 enfants.

.../...

Au total : 90 % des familles avaient plus de 3 enfants, et 80 % en comportaient plus de 4.

Les chiffres parlent ici d'eux-mêmes, et si l'on veut enfin tenir compte des conditions d'habitat souvent déplorable, tant sur le plan de la salubrité, que de la superficie et du nombre de pièces, on aura un aperçu des conditions réelles de vie, dramatiques fréquemment, difficiles pour le moins des familles "de cas social".

Nous y avons insisté parce qu'en matière de "cas sociaux", la réalité pèse d'un poids très lourd, sur le psychiatre lui-même, qui voudrait se dégager des contingences socioéconomiques pour ne porter regard que sur ce qui relèverait de sa clinique médicale ou psychologique. Mais les facteurs familiaux et sociaux forment une trame complexe de faits difficilement isolables dont le praticien aura à tenir compte, tant dans sa démarche diagnostique que dans l'évaluation des possibilités d'interventions, qu'il voudrait thérapeutiques mais dont la réalité sociofamiliale et culturelle des cas sociaux limitera la portée.

B) Les facteurs culturels

constituent sans doute un frein supplémentaire à un développement harmonieux des enfants, ou du moins à leur adaptation, une limite à l'aide qui devrait leur être apportée. Les enfants "cas sociaux" sont aussi les enfants d'une "sous culture" : nouvelle certitude dont nous ne saurions ignorer le poids. Si l'équation niveau social = niveau culturel (ou intellectuel au sens large du terme car intellectuel n'est pas synonyme d'intelligent) peut être abusive, il n'en reste pas moins que dans les familles de cas sociaux, le niveau de culture reste le plus souvent à l'image des insuffisances constatées par ailleurs. Au même titre que les carences familiales affectives, les carences culturelles et intellectuelles participent

à la création de généalogies marquées par l'ignorance ou la (pseudo) débilité. Peut-on admettre que l'"ambiance" culturelle du milieu pèse sur l'avenir intellectuel et scolaire des enfants cas sociaux, au travers des stimulations qu'elle suscite, des acquisitions qu'elle permet. Nous verrons dans l'étude psychopathologique ultérieure (3ème partie) qu'elle joue sans doute un rôle dans le déterminisme des déficiences scolaires de ces enfants, et c'est souvent tôt que celles-ci se manifestent.

Les déficiences d'ordre culturel sont encore plus évidentes dans les milieux de transplantés, où la barrière de la langue, comme les phénomènes de déculturation et d'acculturation qui caractérisent la transplantation, voire les réactions de rejet d'essence raciste ou ethnocentriques dont elles sont l'objet, concourent à ancrer les familles dans leur inadaptation. Nous noterons à cet égard que 60 % des familles cas social que nous avons suivies étaient d'origine étrangère (nous y incluons les mariages "mixtes"), essentiellement maghrébine.

Mais nous avons conscience ici d'avoir introduit un clivage parfaitement artificiel entre les données socio-économiques et culturelles et les caractéristiques familiales dans le but d'une plus grande clarté de l'exposé : la quasi constance des retards et des difficultés scolaires retrouvés chez les enfants cas sociaux (et les enfants des Services d'Aide sociale à l'Enfance en général), le petit nombre de ceux qui terminent normalement leurs études ne sauraient dépendre de facteurs isolés. Et l'analyse serait complexe qui tenterait de définir ce qui dans le retard scolaire relèverait du climat psychologique et affectif familial, du milieu socioculturel, de la personnalité profonde des parents et des soins qu'ils prodiguent à l'enfant aussi bien que des événements macroscopiques vécus par ce dernier tels que les déplacements et les ruptures de liens.

Aussi plutôt que de nous étendre sur ce fait que le manque de stimulation dans les milieux socioculturellement les plus défavorisés ne saurait favoriser l'épanouissement intellectuel des enfants, l'investissement que les parents font de la scolarité de leurs enfants, a t'il plus particulièrement attiré notre attention.

Toute consultation médicopsychologique d'enfant comprend un bilan intellectuel et scolaire complet. Nous avons souvent constaté, lors de la rencontre des parents pour leur donner notre avis que ceux-ci étaient très attachés à ce que leurs enfants aient des capacités intellectuelles "normales", ce qui narcissiquement les revalorisaient. A l'opposé, ils constataient souvent avec une sorte de fatalité déconcertante leur retard scolaire, si important soit-il. (Nous aurons à revenir sur la discordance fréquente chez ces enfants d'un potentiel intellectuel inné normal et d'un retard d'acquisition important - sur les notions de fausses débilités ou débilités affectives). Dans ces familles, les parents semblent vivre la scolarité des enfants d'une manière souvent particulière :

- si la loi fait obligation de poursuivre la scolarité jusqu'à 16 ans, le risque que les allocations familiales soient supprimées en cas d'abandon précoce de l'école motivant plus d'un parent à exiger de son fils ou de sa fille une fréquentation régulière de l'école,

- les difficultés financières de la famille imposeraient que le plus tôt possible l'adolescent obtienne un emploi salarié (la précocité de la "mise au travail" ayant pour corollaire l'absence de qualification professionnelle) ;

- l'éventualité d'une réussite scolaire de l'enfant entraîne souvent des sentiments ambivalents chez les parents : telle cette mère de 9 enfants qui reprochait à son fils son assiduité : *"il veut faire autrement que nous... un jour, il nous méprisera..."*.

Où cette phrase souvent entendue : *"il fera comme son père, comme sa famille"...*

Comme si les familles les plus démunies s'étaient ancrées dans la conviction que l'ignorance et l'absence de réussite sociale étaient inscrites dans leur statut, faisaient partie intégrante d'une destinée contre laquelle on ne pouvait ni ne devait rien tenter. (Beaucoup d'autres, plus nantis, tendent aussi par leurs attitudes ou leurs dires à pérenniser cette croyance).

Nous avons souvent retrouvé chez les parents, une sorte de complaisance masochiste à appartenir au milieu le plus défavorisé, à être l'objet d'un rejet social, rejet qu'entérine la présence même dans ces familles, de travailleurs sociaux (*"on n'aide bien que les plus malheureux"*), en ce sens aussi que les interventions multiples et parfois désordonnées des aides sociales en tout genre alimentent leur sentiment fréquemment exprimé, d'être des familles persécutées.

Aussi l'enfant qui prétend ne pas s'inscrire dans le statut où tendait à le maintenir tant sa famille que le *"hors famille"*, (le groupe social) devient-il *"traître"* à son milieu. Comme s'il existait entre l'enfant et le groupe auquel il appartient (groupe familial et social) un contrat les liant, qui sous entend que son appartenance au groupe ne sera reconnue, de même que lui-même n'y sera reconnu comme sujet, que si l'enfant tient un discours attendu par le groupe, ensemble d'énoncés appris à lui par tous et qui définirait la réalité du groupe, sa raison d'être, l'origine des modèles.

Le poids du milieu socioculturel ne saurait cependant suffire à expliquer le fréquent manque d'ambition des parents pour leur fils ou leur fille. C'est aussi le manque d'investissement de l'enfant par les parents, ou leur investissement pathologique de l'enfant qui rend difficile leur émancipation intellectuelle et professionnelle. Mais au manque d'ambition des parents, répond souvent chez l'enfant, le sentiment que la même fatalité pèse sur lui qui a pesé sur eux, qu'il est voué à l'échec,

ce que nombre d'enfants d'âge scolaire nous ont exprimé, dans les tests projectifs (surtout le test des phrases à compléter qui invite volontiers aux références scolaires et professionnelles), l'échec scolaire était fréquemment présenté non seulement comme une impossibilité à réussir mais aussi comme une nécessité d'échouer.

Mais là encore, nous devons nous borner à relever la fréquence d'une telle constatation sans pouvoir généraliser l'interprétation d'un fait aux déterminismes multiples. Chaque enfant, chaque famille reste un cas particulier et il n'est pas aisé d'analyser isolément l'influence de leurs conditions de vie dans l'anamnèse des inadaptations des sujets dits cas sociaux.

C) Les Conditions de vie et leur rôle dans l'inadaptation

ont été essentiellement abordés par les psychosociologues.

Y. M. J. CHOMBARD de LAUWE a montré l'importance qu'il fallait accorder au cadre familial et social dans l'inadaptation : population défavorisée au point de vue économique, difficultés d'insertion, surface de logement, régularité des horaires, nécessité d'un travail de la mère impliquant une absence ou une présence plus ou moins valable au foyer, nombre d'enfants, etc...

Le problème ne se pose pas uniquement sur le plan de l'insuffisance des moyens économiques : "mais la pauvreté joue un rôle dans la cité dans la mesure où elle produit une modification sociétaire : promiscuité et absence de vie familiale par manque de place, formation de groupes extra-familiaux créateurs d'une éthique différente de celle de l'adulte", (bandes d'adolescents délinquants). Les facteurs sociologiques agiraient surtout par la désorganisation qu'ils impliquent du point de vue de l'intégration communautaire et les dérèglements qu'ils provoquent dans la cohésion sociale du groupe au sens large du terme, c'est à dire la société.

Si l'inadaptation juvénile (en fait essentiellement la délinquance) a pu être étudiée dans ses rapports parfois étroits avec les facteurs socioculturels, S. LEBOVICI relève qu'une constellation étiologique est toujours plus ou moins nettement en cause. Il admet que dans la dimension de notre pratique, lorsque nous sommes essentiellement confrontés aux inadaptations infantiles, nous apprenons à compter non seulement avec l'intimité des organisations personnelles mais aussi avec le poids du facteur milieu où notre action s'exerce. Pour J. de AJUIRAGUERRA : *" les constellations socioculturelles jouent le rôle de facteurs média qui favorisent sans doute l'apparition des inadaptations ou les masquent"*.

Mais la question devrait être posée là est celle de la répercussion d'une réalité extérieure dramatique sur le développement psychique de l'enfant. Un élément de réponse nous paraît être fourni, par l'analyse de P. CASTERIADIS-AULAGNIER (dans "la violence de l'interprétation"), qui accorde un certain rôle à la réalité sociale. En effet, au moment où l'enfant découvre le "hors famille", où son regard y cherche un signe lui donnant droit de cité parmi ses semblables, il peut n'y rencontrer qu'exclusion, exploitation, dépossession, dans la relation de l'ensemble vis à vis du couple parental et de lui-même ; toutes situations qui viennent redoubler ce qui dans sa relation à ses parents, ce micromilieu investi d'abord par lui comme métonymie du tout, a pu être perçu comme rejet, voir haine : *"parce que l'enfant commence par projeter sur la scène sociale le pattern de sa problématique vis à vis des occupants de l'espace familial, il peut voir s'inscrire sur cette scène, le redoublement d'une même dialectique où il se trouve dès lors doublement piégé"*.

Les situations vécues par l'enfant à l'extérieur de sa famille revêtent ainsi une importance particulière en ce sens qu'elles peuvent réactiver, corroborer ses fantasmes, essentiellement fantasmes de rejet, d'agressivité et d'injustice,

élaborés par lui à partir de ses relations dans la famille.

Il est de toute évidence que naître dans une famille telle que nous l'avons décrite, peut, à priori, constituer un handicap sur le plan de la santé Mentale d'un individu. Mais là, où la dissociation familiale comme les conditions matérielles de vie suffiraient à entraver le développement harmonieux de l'enfant, les attitudes observées chez ceux là même qui devraient pallier aux insuffisances familiales aggravent cette pénalité initiale : les réactions de la société face aux enfants cas sociaux, au travers même de son apparente sollicitude, marquent et accentuent la différence entre les enfants riches d'un famille, entourés et ceux dont la famille n'existe pas ou se trouve défaillir, et opèrent entre les enfants d'une population une véritable ségrégation.

Ici l'appartenance du "cas social" à un milieu socioculturel défavorisé, intervient indirectement comme facteur d'inadaptation, car les conditions de vies (insuffisance de logement, difficultés financières, et son corrolaire "manque de soins") serviront de prétexte à l'intervention de l'Aide Sociale et à la séparation des enfants de leur famille, élément clé de la ségrégation des enfants dits cas sociaux.

C - LE SORT DES ENFANTS DITS CAS SOCIAUX

Leur appartenance à un milieu sociofamilial très défavorisé, voire l'absence de famille ne saurait être le seul dénominateur commun à tous les enfants dits "cas sociaux". Faire partie de la cohorte des enfants relégués ouvertement ou de fait dans cette catégorie, c'est aussi être d'une famille qui doit recourir à l'intervention des services sociaux ou l'accepter quand ses services tentent de l'imposer. Il pourrait paraître paradoxal d'avancer qu'être l'objet de sollicitude de l'Aide Sociale pénalise encore ces enfants. Pourtant, l'existence même des administrations

et organismes spécialisés dans "l'Aide sociale" réservés à ce type particulier d'enfants souligne qu'il existe dans l'esprit du législateur, mais aussi du public, une différence entre deux catégories d'enfants : les "cas sociaux" et les autres.

Nous étudierons les racines historiques et les causes psychologiques de cette situation de fait, mais nous devons dès avant insister sur le sort qui est encore souvent réservé aux enfants cas sociaux, ce par quoi la ségrégation s'effectue.

Un exemple concret peut servir de point de départ à notre étude. L'histoire de Sylvie n'a rien d'exceptionnel. Il s'agit là typiquement de ce que l'on a l'habitude d'appeler : "un cas social".

S Y L V I E

Lorsque naît Sylvie, ses parents se sont séparés depuis peu. Le père, éthylique, volontiers violent, abandonne la mère après 5 années de mésentente bruyante, qu'ont avivé les décès successifs (cause inconnue) des deux premiers fils, nés de leur union.

- Jusqu'à l'âge de 3 mois, Sylvie est placée à la Pouponnière de l'Angelus. Reprise par sa mère qui a trouvé un travail à mi-temps,
- à 6 mois, Sylvie est hospitalisée en raison d'une hypotrophie.
- Pendant le temps de l'hospitalisation qui dure 2 mois, le mari est revenu mais du fait de la mésentente du couple et des conditions matérielles difficiles (la mère a abandonné ses ménages, le père est au chômage), l'Assistante sociale du service hospitalier propose un séjour en pouponnière.
- Sylvie reste en pouponnière 9 mois.

- A 17 mois, elle retrouve ses parents et un frère, né pendant son absence. Elle est délaissée par les parents qui s'intéressent au fils, particulièrement investi par le père. La famille est suivie par les services de Protection Maternelle et Infantile et l'Assistante sociale de secteur.
- A 2 ans 1/2, en raison d'une insuffisance staturopondérale, le pédiatre de la P. M. I. exige un séjour en aérhum, pour raison de santé. Derrière ce "placement sanitaire", on retrouve le souci de faire échapper Sylvie à un mauvais milieu familial, "pour un temps au moins". Le séjour en aérhum dure 4 mois.
- Peu après le retour de Sylvie, la mère doit être hospitalisée et les enfants sont confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (placement nourricier). Les services sociaux tentent de faire prolonger le séjour en nourrice, mais sortie de l'Hôpital, la mère exige de reprendre ses enfants.
- Le placement nourricier n'aura duré que 6 mois. Mais le retour est assorti d'une contrainte nouvelle : une mesure d'aide éducative en milieu ouvert imposée par le juge des enfants après signalement de l'Assistante sociale, qui s'inquiète du retour de Sylvie dans un tel milieu.
- A 4 ans 1/2, Sylvie fréquente l'école maternelle. Elle est difficile, encoprétique, instable. Elle sera renvoyée après un an. Son comportement la rend également insupportable dans la famille. Les parents introduisent alors une demande de placement, dans un établissement cette fois, car l'apparition des troubles du comportement chez Sylvie, est mise sur le compte des séjours chez la nourrice. Sylvie a six ans. L'Assistante sociale de la Sauvegarde qui suit la famille depuis l'ordonnance du Juge des enfants, s'empresse de souscrire à la demande des parents, car elle désespère de stabiliser cette famille et désire "sauvegarder" l'enfant. Une admission dans une Institution à caractère social est prévue. Mais par habitude autant qu'en raison des troubles du comportement de Sylvie (qui ont été mis sur le compte d'une "carence éducative" et qui n'étonnent pas) une consultation (d'"orientation éducative") est proposée auprès de l'équipe médicopsychologique de la Sauvegarde.

Il s'avère alors que Sylvie présente une dysharmonie évolutive de pronostic réservé.

Le nombre des séparations du milieu familial imposées à cette enfant pourrait surprendre. Il n'est pas exceptionnel. Les parents de Sylvie ont eu affaire à différents services sociaux : aux services de Prévention, de Protection Maternelle et Infantile, de l'Aide Sociale à l'Enfance, aux services sociaux hospitaliers, à la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence enfin. A chaque fois, des décisions ont été prises qui répondaient à un besoin actuel, momentané et limité. Les placements de l'enfant se sont succédés sans qu'on s'inquiète de leur nature et de leur bien fondé, ni qu'une action concertée n'ait été entreprise pour évaluer le pronostic de l'enfant et de sa famille.

On a certes pu justifier les différentes séparations par des raisons d'ordre sanitaire ou des nécessités matérielles : c'est en fait la compassion éprouvée pour l'enfant, voire l'agressivité ressentie face aux "mauvais" parents qui ont motivé des mesures inadaptées parce que, réalisées sans cohésion, sans le support d'une prise en charge parallèle de la famille, elles ne pouvaient que renforcer les carences de Sylvie.

1) LA FREQUENCE DES PLACEMENTS

Les placements répétés, tels qu'a eu à les subir Sylvie ne sont pas rares, de nos jours encore. De telles pratiques persisteront tant qu'une meilleure cohésion n'existera pas entre les différents services d'Aide sociale, tant que la nature des interventions n'aura pas été repensée.

Ici l'enfant dit cas social pâtit de mesures dont aucune famille structurée ne voudrait pour son enfant. Non qu'une hospitalisation ou un placement ne soient jamais justifiés. Mais l'on connaît, ou devrait connaître les séquelles affectives et intellectuelles des séparations répétées ou inopportunes d'avec le milieu familial, d'autant plus qu'elles surviennent pendant les toutes premières années de la vie de l'enfant. Hors, pour ces enfants là, il semblerait que soient ignorées ou mal comprises les bases élémentaires de l'hygiène mentale infantile qu'ont pu établir SPITZ, BOWLBY, WINNICOT, M. KLEIN, LEBOVICI et bien d'autres.

Là où pour d'autres seraient recherchées et trouvées des solutions permettant au mieux de maintenir les relations avec la famille, de limiter le temps d'une séparation nécessaire, tout ne nous paraît pas fait pour les familles de "cas social", qui ont pourtant, moins de facilités à garder un contact avec leur enfant que les familles structurées, pour les raisons psychologiques et sociales que nous avons analysées.

Mais si les séparations du milieu familial sont des "solutions" pour lesquelles les travailleurs sociaux optent encore avec une assez grande fréquence, avec surtout nous semble t'il, insuffisamment de réflexion, c'est qu'au delà des arguments avancés pour justifier un placement (parfois inutile) ou refuser une séparation (parfois opportune) quelle que soit leur nature, ce sont le plus souvent les sentiments spontanés, contre transférentiels du travailleur social voire du médecin à l'égard des familles qui sont à l'oeuvre. Car les opinions vis à vis de telles décisions sont extrêmes, qu'on les prone ou qu'on les condamne.

.../...

- Dans le premier cas, il nous est apparu qu'il ne s'agit plus seulement de soigner un enfant en "petite santé", ou débarrasser une mère "surchargée" momentanément, justifications apparentes du placement : il faut aussi et peut être surtout donner à l'enfant l'occasion de fuir une famille que le service social ressent mauvaise, rejetante, malveillante et incapable, lui offrir ce séjour "au bon air de la campagne" (comme les enfants que leurs parents, ailleurs ont les moyens d'emmener en vacances) ou lui accorder la chaleureuse ambiance d'une institution "à caractère familial".

Le "c'est toujours ça de gagné pour lui", que nous avons parfois entendu ou compris dans la bouche de fonctionnaires de l'Aide Sociale est lourd de sens. Egalement lourd de conséquences pour l'enfant, dans la signification de rejet que prennent pour lui les placements répétés (car les intervenants successifs, parfois de services différents, ne tiennent pas compte de ce qui a été auparavant fait pour l'enfant) et insuffisamment préparés, alors même que ceux-ci consacrent des fantasmes d'abandon et qu'ils aggravent ce qu'ils prétendent à l'opposé guérir. Dans ce cas, il est insisté sur l'aspect "mauvais soins donnés par la mère" des carences maternelles, carence que l'on se charge de combler par de bons soins en institution ou chez une nourrice (une bonne mère nourricière).

- A l'opposé, la notion de carence maternelle n'est parfois retenue par certains praticiens de l'Aide sociale à l'enfance que dans ce qu'implique de nocivité une séparation d'avec la mère, (le traumatisme de la séparation), autre élément puisé dans les vulgarisations de travaux sur la psychopathologie des premières années de l'enfance. Tout placement est alors refusé, parce que "mieux vaut une mauvaise mère qu'une bonne institution", autre aphorisme fré-

quemment entendu. Mais la dégradation de la famille se poursuivant parfois, malgré les efforts du travailleur social à y maintenir coûte que coûte un semblant d'harmonie, et le placement a finalement lieu, "en catastrophe", tout aussi perturbateur pour l'enfant. Ce dernier devient ainsi certaines fois l'objet malheureux de déplacements successifs qui visent chacun à remédier aux solutions prises d'abord (souvent pour parer au plus pressé) et qui se révèlent bientôt inadéquates.

Car ainsi que le soulignent nombre de psychiatres d'enfants, ce n'est pas tant l'aspect "quantitatif" que qualitatif des carences maternelles (médiocrité, discontinuité, incohérence des soins) comme les éléments qui rendent plus ou moins nocif un placement (fréquence de la séparation, âge de l'enfant, circonstances de la rupture avec le milieu familial, maintien d'un lien avec ce dernier) qui sont souvent oubliés ou méconnus au profit d'une position "de principe", irréfléchie, d'une conception manichéenne des conséquences et de l'utilité d'un placement, lorsque son éventualité se pose face à la dégradation d'une famille ou aux troubles manifestés par l'enfant.

Les interventions dites d'aide éducative en milieu ouvert, qui à priori supposent l'assistance à l'enfant dans sa famille devraient tendre à limiter de telles pratiques. Mais outre que le nombre des structures susceptibles de proposer une telle aide aux familles nous paraît insuffisant par rapport aux besoins, elles restent d'une manière assez générale, le fait de la seule justice, et donc tardives car nombre d'assistantes sociales hésitent à ce qu'elles considèrent souvent comme un dernier recours. Enfin, même en matière d'aide éducative en milieu ouvert, malgré ce que sa conception implique, le recours au placement reste fréquent, car l'isolement de l'éducateur ou de l'Assistante sociale de Sauvegarde dans les familles n'engage pas à la

neutralité face aux problèmes dramatiques que les "cas sociaux" peuvent soulever et la séparation reste la solution de facilité et la solution la plus radicale, qui supprime le "danger" (moral, physique ou psychique) que court l'enfant, danger qui a motivé que l'on intervienne.

Si nous avons tant insisté sur les placements multiples dont font l'objet les enfants de famille "cas social", ce n'est pas seulement du fait de leur fréquence, de leur coût (financier mais aussi à long terme en ce qu'ils participent aux inadaptations juvéniles) mais aussi parce que leur rencontre avec le psychiatre de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Sauvegarde est fréquemment proposé dans cette alternative : *"faut-il ou non le séparer de ses parents"*. Nous y avons également insisté car il nous a paru évident que certains enfants et certains parents qui bénéficiaient d'une Aide "Sociale" relevaient en fait d'un travail de secteur psychiatrique. Nous abordons là le problème de la psychiatrie face aux enfants dits "cas sociaux".

2) PSYCHIATRIE INFANTILE ET CAS SOCIAUX

Certes nous reviendrons sur les particularités de notre pratique personnelle comme médecin attaché à la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence. Nous devons déjà souligner que les enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance, les enfants cas sociaux en particulier, s'ils sont menés parfois à une consultation psychiatrique, rencontrent la psychologue et le médecin dans des conditions, dans une perspective surtout différentes de celles d'une consultation en dispensaire d'hygiène mentale. Il n'est en effet pas seulement proposé au psychiatre d'évaluer les difficultés propres de l'enfant, mais surtout d'apprécier la nocivité éventuelle du milieu familial, et le mode de

vie de ces enfants, comme leur orientation, ne sont pas définis selon les mêmes critères à l'aide desquels sont définis ceux des autres.

En "matière" d'enfant cas social, il est également demandé au psychiatre une "orientation" pour celui-ci parfois tardivement, alors que la débilité d'une adolescent le destine à l'internat médico-pédagogique ou que la psychose d'un autre justifie qu'on l'adresse à l'Hôpital. Mais il n'est pas encore entendu que son rôle pouvait se concevoir dans un but thérapeutique. La crainte de voir se "psychiatriser" l'Aide Sociale (qui nous a été souvent présentée par les travailleurs sociaux comme le risque qu'ils perdent leur "identité" professionnelle) explique les limites des interventions médico-psychologiques et le but "d'expertise diagnostique" qu'on leur impose. De telles réserves, encore vivaces et actives à l'heure actuelle sont à l'origine de l'intégration insuffisante du psychiatre dans le domaine de "l'Aide Sociale" et de ses conséquences en ce qui concerne la prise en charge dispersée des enfants cas sociaux. Ceux-ci n'ont souvent que la solution d'être ventilés vers des structures soignantes indépendantes, n'entretenant parfois pas de relations avec les services de l'Aide Sociale, et "l'orientation" (quand elle n'est pas uniquement scolaire) signifie alors placement en internat, car les Hôpitaux de jour ou les externats médico-psychopédagogiques sont trop rares et peu ouverts à ce genre de clients (ils sont inexistantes à l'heure actuelle, dans le département de la LOIRE).

Car il s'agit bien d'une particularité des enfants dits cas sociaux de peu bénéficier des structures de soins élaborées ces dernières années dans le cadre de l'hygiène mentale infantile, dispensaires de secteur ou externats

médico-psychopédagogiques. On sait bien en effet, que les cas sociaux, bien que les plus susceptibles d'inadaptations importantes, ne comptent pas, autant que leur nombre et leur inadaptation l'exigeraient, parmi les clients de tels dispensaires. Plusieurs constatations peuvent en rendre compte :

- Un certain nombre de dispensaires d'hygiène mentale ont admis le principe de la non convocation : une demande de la part des parents est attendue par l'équipe médicale et les enfants et les familles qui se dérobent au rendez-vous ne sont pas reconvoqués. Un tel fonctionnement suppose une clientèle avertie, des parents attentifs aux symptômes des enfants ou sensibles à la pression éventuelle d'une assistante sociale ou d'une psychologue scolaire. Les familles de cas social, peu susceptibles de s'organiser, désireuses d'éviter les interventions, soucieuses de masquer leur défaillance, échappent d'autant plus facilement aux prises en charge qui pourraient y être entreprises.

- Pour SOULE, à supposer que la pression d'un instituteur ou d'une assistante sociale scolaire ait été suffisante pour déplacer de telles familles jusqu'au dispensaire, les équipes de psychiatrie infantile délègueraient volontiers leurs pouvoirs à des travailleurs sociaux d'une autre équipe, ou à des administrations spécialisées lorsqu'elles se trouvent en face de familles et d'enfants cas sociaux. Nous ne saurions nous même généraliser une telle affirmation, compte tenu des limites dans le temps et dans le lieu de notre pratique personnelle, mais les difficultés que nous avons rencontrées dans nos tentatives de travail concerté avec le secteur d'hygiène mentale infantile tendraient à confirmer que ce contingent des cas sociaux, dont chacun sait ou imagine les aléas de prise en charge, n'y est pour le moins pas "désiré". La réticence même des familles à faire suivre leurs enfants, à participer aux thérapeutiques, sert

alors de justification au rejet : car les efforts des services et des personnes affectées à l'hygiène mentale infantile se portent sur des structures de soins dont le régime est l'externat (hôpitaux de jour, E. M.P) qui se conçoit mal sans une collaboration étroite des familles, les soins dont les enfants peuvent bénéficier n'étant considérés comme rentables que lorsqu'ils sont compris et acceptés par les parents.

- Il est vrai que les dispensaires d'hygiène mentale, bien que pourvus d'assistantes sociales, n'ont souvent que des possibilités très limitées d'action dans les familles et qu'il leur serait alors nécessaire de faire appel à des éducateurs ou travailleurs sociaux d'autres services (entre autre service de Prévention). La compartimentation rigide des services séparés d'Aide à l'enfance rend de telles démarches complexes. Or notre étude du milieu familial des enfants cas sociaux peut en témoigner : il ne s'agit pas seulement de prendre en compte le symptôme de l'enfant et d'espérer une collaboration des parents à des soins ou à une rééducation qui concerneraient l'enfant seul, mais bien qu'intervienne une équipe multidisciplinaire qui s'intéresse aussi aux difficultés, à la pathologie des parents et du couple qu'ils constituent.

- Enfin, les équipes de psychiatrie infantile et d'hygiène mentale dont beaucoup oeuvrent dans le cadre de services d'hygiène mentale de secteur sont encore trop peu nombreuses. Elles se préoccupent d'autre part volontiers de problèmes scolaires, s'inquiètent du sort des enfants à l'école avec laquelle ils tendent à entretenir des relations étroites, et deviennent des organismes de réadaptation scolaire où une équipe de techniciens (psychiatre, psychologue, orthophoniste, etc...) s'attache à pallier aux insuffisances d'équipement de l'Education nationale dans leur secteur. L'enfant cas social, qui présente un

retard scolaire, une dyslexie, peut parfois faire l'objet d'une rééducation, mais il est alors difficile d'imposer une continuité de soins pour l'enfant à une famille souvent réticente ; il n'est pas si fréquent enfin, qu'une évaluation des besoins, des possibilités, des carences de la famille toute entière puisse être faite en vue d'une action concertée, et que l'action d'hygiène mentale s'étende jusqu'à toucher ces familles que SOULE qualifie d'"infrapsychiatrisables".

"Infrapsychiatrisables", les enfants cas sociaux ne le sont pas seulement du fait de leur famille et de leur milieu, mais aussi parce qu'ils sont dans la plupart des cas, délaissés par les équipes de psychiatrie, objets de refoulement (à tous les sens du terme) et force nous est de constater qu'ils ne bénéficient pas des mêmes soins psychologiques et psychiatriques proposés à d'autres.

Ainsi, J. NOEL peut-elle affirmer :

"Nous avons eu le loisir d'observer que le cas social est un mythe, si l'on veut l'entendre comme un cas spécifiquement destiné à recevoir une aide qui soit sociale, mais également d'affirmer que les familles et les enfants traités en "cas sociaux" du fait même de leur situation, de leur structure et de leur particularités, constituent un champ d'action refusé par la psychiatrie infantile, une cohorte refoulée vers les bureaux de bienfaisance, les placements sociaux, les administrations à l'intérieur de quoi ils vivent renfermés".

De telles critiques sont-elles excessives ? Nous avons fait sans doute de fréquentes références aux écrits de SOULE parce qu'il nous paraissait plus autorisé que nous même à les émettre. Mais notre expérience les a confirmés ; et notre ton a été à l'image de notre malaise et de notre sentiment de dépit, lorsque,

limités dans nos possibilités d'aide aux familles et aux enfants cas sociaux, de par la nature même de nos interventions, sous l'égide du "Social et du Judiciaire", nous n'avons souvent pas trouvé de réponses chez ceux-là même, psychiatres de secteur, qui nous paraissaient les plus aptes à aider certains de ces "cas sociaux" que nous voulions leur confier.

3) L'ECOLE

Nous avons souligné l'intérêt sans cesse croissant que la psychiatrie infantile porte au devenir des enfants à l'école. Il est alors licite que nous nous interroguions sur ce qui, à l'école nous dit particulariser le sort des enfants dits "cas sociaux" : nous sommes convaincus que l'enfant "cas social", en raison des conditions socio-familiales de son existence dans les premières années, n'a pas les mêmes chances de réussite qu'un enfant issu d'un autre milieu. Quelles sont-elles, avec les handicaps que nous lui connaissons, dans le système scolaire actuel, d'acquérir la culture et d'apprendre un métier ?

Nous avons déjà dit, que si en principe tous les enfants devaient aller à l'école à 6 ans, l'absentéisme des enfants cas sociaux et l'irrégularité de leur cursus scolaire sont choses admises :

- soit que les parents les retiennent à la maison ou n'investissant pas l'école, ne les poussent pas, pour le moins, à l'assiduité.

- soit que des déplacements de l'enfant (changement d'habitat, passage dans une classe spécialisée, placement de l'enfant hors de sa famille) lui interdisent une continuité d'étude.

Il y a aussi bien l'attitude ambiguë d'instituteurs qui ferment les yeux sur l'absentéisme d'enfants difficiles ou

perturbateurs dans des classes déjà trop surchargées, quand ils ne relèguent pas plus simplement au fond de la classe, les enfants "en retard" sur les autres.

On sait bien que l'Education Nationale dans un louable souci d'égalité, a multiplié classes de "rattrapage", de "perfectionnement", de "transition", ou autres "sections d'enseignement spécialisé". Pénalisés initialement, les enfants issus des classes sociales les plus défavorisées, constituent la quasi totalité de ces classes "spéciales", sans doute conçues pour les plus handicapés des élèves mais dont il s'avère qu'une minorité infime rejoint le cycle "normal" des études.

Sur 50 enfants cas sociaux que nous avons vus, âgés de 10 à 16 ans :

- 30 enfants (soit 60 %) étaient répartis dans des sections d'enseignement spécialisé, classes de transition, pratiques, d'apprentissages.
- 6 enfants n'étaient pas scolarisés (12 %) ;
- 14 enfants (soit 28 %) étaient dans un circuit normal avec un retard moyen de 2 ans (4 n'avaient pas de retard).

On peut en déduire, que l'école actuelle n'est pas adaptée à ces enfants, qu'elle relègue de fait dans des classes à part, où ceux-ci se retrouvent, une fois encore segregués, à l'écart de ceux possédant une famille cohérente et intégrée socialement, dont on sait qu'ils réussissent mieux leurs études. On ne peut certes attendre que les instituteurs de ces classes spécialisées puissent prendre en charge seuls, le handicap scolaire et intellectuel et ses déterminants sociaux et familiaux. On comprend au contraire que certains d'entre eux vivent comme une

pénitence leur passage dans de telles classes où ils ont peu de bénéfices personnels à attendre, quand leur activité se borne à la "garde" d'enfants difficiles dont les familles elles-mêmes se désintéressent souvent.

Dès lors, un contingent non négligeable des enfants cas sociaux, quand le déficit intellectuel et scolaire s'aggrave - ou quand les services sociaux utilisent ce déficit pour séparer l'enfant de sa famille - rejoint-il les instituts médico-pédagogiques (I.M.P.) dont ils constituent une clientèle commode, qui, imputée au budget de la sécurité sociale, allège d'autant celui de l'Aide à l'Enfance. Force nous est enfin de constater que le placement en I.M.P. relève dans certains cas d'un automatisme plus que d'une évaluation précise des besoins de l'enfant.

Qui douterait enfin que les enfants dits cas sociaux sont l'objet d'une ségrégation, n'aurait qu'à se pencher sur les annuaires de l'Enfance Inadaptée, pour constater le nombre des foyers et institutions diverses "pour cas sociaux", et voir que certains I.M.P. se destinent même plus spécifiquement au recueil de tels enfants.

Comment les "cas sociaux" dont on a pu constater qu'ils n'étaient pas un mythe, se sont-ils vu imposer un sort différent de celui des enfants de famille structurée et cohérente. C'est ce que nous tenterons d'analyser maintenant.

-----ooo0ooo-----

II - LA SEGREGATION DES ENFANTS CAS SOCIAUX - CONSIDERATIONS HISTORIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Malgré les ajustements successifs des pratiques observées par la société face aux problèmes soulevés par les enfants sans famille et par la suite, les enfants privés de milieu familial satisfaisant ("normal" d'après les critères variables selon l'époque), nous avons montré que le sort réservé à la plupart de ces enfants, aujourd'hui appelés "cas sociaux", tend à maintenir une différence, une ségrégation, entre les enfants riches d'une famille et les autres. Ce sort particulier, SOULE n'a pas craint de le nommer "le grand renferment". A sa suite, nous tenterons de dégager les facteurs historiques et psychologiques qui l'ont fondé.

A - FONDEMENTS HISTORIQUES

Le sort des enfants sans famille et l'intérêt qu'ils suscitent, varient selon les temps et les cultures en fonction de plusieurs paramètres :

- la valeur accordée à la puissance paternelle
- l'organisation sociofamiliale
- les tendances morales et religieuses
- l'état des connaissances médicales.

Mais il semble que toujours et partout une différence ait été faite entre les enfants orphelins, qui ont eu pour un temps une famille, et les enfants illégitimes ou abandonnés, sans famille, c'est-à-dire, sans père et sans nom. La Charte des maisons religieuses qui recueillaient les orphelins, au 16^e siècle, peut symboliser cette différence, Charte qui précise que les enfants trouvés n'y sont pas recueillis.

Pour tenter de montrer comment le sort de l'enfant de famille dissociée et asociale (asociale en ce sens qu'elle ne respecte pas les lois qui régissent l'organisation sociofamiliale propre à une culture en un temps donné) a rejoint celui de l'enfant sans père, il faut nous intéresser à l'évolution des conditions de recueil des enfants abandonnés (ou plus tard retirés de leur famille) et celle, parallèle de la législation concernant le droit respectif des parents et des enfants.

Longtemps la société a voulu ignorer le destin des enfants sans famille et le rejet dont ceux-ci faisaient l'objet les condamnait à la mort ou les reléguait à la Cour des Miracles.

Saint VINCENT DE PAUL, fut le premier qui, au 17^e siècle, permit le recueil de ces enfants dans des hôpitaux ou dans les Institutions des Filles de la Charité, où ils eurent droit, comme les autres, à une éducation, à des soins, somme toute à la vie. Certains enfants furent également placés chez des nourrices, mais ce n'est qu'au Directoire (1796) que les Pouvoirs Publics manifestèrent véritablement le désir de donner une famille aux enfants abandonnés, qui jusqu'alors étaient plus souvent confiés à des oeuvres charitables religieuses. Un arrêté "sur la manière d'élever et d'instruire les enfants abandonnés" en date du 30 ventose, An 5, précise que *"les nourrices et autres habitants des campagnes pourront conserver jusqu'à l'âge de 12 ans les enfants qui leur auront été confiés, à la charge pour eux de les nourrir et entretenir convenablement... et de les envoyer à l'école pour y participer aux instructions données aux autres enfants de la commune et du canton"*. (On notera ici que le texte institue le recueil des enfants dans les milieux ruraux et que cette orientation qui persiste encore très nettement de nos jours,

← le cas du MORVAN est bien connu → n'a été supprimée qu'en 1953 des textes réglissant le mode de placement des enfants abandonnés).

L'Assistance Publique, héritière des créations de Saint VINCENT DE PAUL, poursuivit bien plus tard l'oeuvre à vocation de bienfaisance de celui-ci et elle n'a cessé de s'inscrire, comme encore aujourd'hui l'Aide Sociale à l'Enfance, qui au milieu de ce 20^e siècle lui succèda, dans une perspective de bienveillance charitable. (Un certain nombre de foyers ou d'institutions se réservent encore de nos jours le titre et la qualité d'institutions charitables). Mais si les enfants abandonnés, devenus "pupilles de l'Assistance Publique", y trouvaient le gîte, le couvert, la vêture, s'ils pouvaient aller à l'école, ils restaient des enfants d'une autre classe, d'une autre essence donc différents en ce qui concernait les caractéristiques et les besoins psychologiques définis pour d'autres. Ces enfants étaient selon l'expression de SOULE, l'objet "d'un phénomène fait à la fois de sacralisation et d'exclusion que traduit encore le terme de gosse de l'Assistance". Leur rejet par l'ensemble des citoyens avait et a encore pour contrepartie le surinvestissement passionnel et captatif de ces mêmes enfants par ceux qui en étaient (et en sont) les tuteurs. Certes les citoyens se sentaient-ils bonne conscience de voir pris en charge, nourris et lavés, les "enfants de l'A. P." mais personne alors n'aurait donné sa fille à marier à un pupille, personne ne s'étonnait non plus qu'un délit ait été commis par l'un d'eux. (ceci sans oute au nom d'une hérédité qu'on présupposait pathologique chez ces enfants de parents inconnus). A l'opposé, l'Assistance Publique s'érigeait en "bonne mère nourricière" et exclusive de ses pupilles et faisait la preuve de son surinvestissement des enfants dans l'acharnement qu'elle déployait à les défendre lorsque ceux-ci étaient l'objet de poursuites.

S'il avait été difficile de différencier les gosses de l'assistance des autres enfants, le sigle A. P. que cette dernière a longtemps tenu de faire porter sur leur uniforme et leurs objets personnels, y aurait enfin pourvu.

Lorsqu'en 1904, les Pouvoirs Publics décidèrent de porter assistance aux enfants dont les parents étaient momentanément empêchés de subvenir à leurs besoins, (maladie, mari sous les drapeaux etc...), c'est tout naturellement vers l'Assistance Publique qu'ils se tournèrent. Bien que fondamentalement différents des enfants abandonnés, les "recueillis temporaires", vite devenus les "R. T." rejoignirent insensiblement la cohorte et le sort des enfants sans famille et bien que leurs parents fussent souvent soucieux de bien les élever, l'attitude que nous avons décrite de l'administration de l'Assistance Publique s'étendit tout naturellement à ces nouveaux venus qui se virent ainsi que leur famille couverts d'opprobre par la plupart de leurs concitoyens. Les recueillis temporaires, dont les familles étaient dans l'incapacité plus ou moins prolongée de pourvoir à leur éducation, préfiguraient les "cas sociaux" d'aujourd'hui. Devenus des enfants différents dans leur sort, ils le devinrent dans leur nature. Leurs parents, momentanément empêchés de les élever, devinrent des parents indignes, proches de ceux qui étaient déçus de leur puissance paternelle.

L'évolution ultérieure des Lois Sociales, l'extension de la Sécurité Sociale, la création des multiples structures d'aide aux familles, permirent par la suite à un plus grand nombre d'entre elles de s'organiser de manière satisfaisante, sans avoir recours aux solutions extrêmes. Mais les services de cette nouvelle Aide Sociale, souvent désireux d'éviter aux enfants le renom d'infamie dont jouissaient les enfants de l'Assistance Publique, comme d'empêcher que leurs parents (tout aussi souvent surinvestis par eux) n'aient la réputation

de mauvais parents, prirent l'habitude de rechercher des solutions de placement très variées, sous des prétextes multiples (raison de santé, problèmes financiers etc....). Les enfants "cas sociaux", ceux dont les familles pouvaient le moins masquer leurs défaillances, et se défendre des interventions sociales, firent en premier les frais de ces nouvelles pratiques et c'est souvent trop tard qu'ils rejoignaient l'Assistance Publique, ou qu'ils étaient signalés à l'attention de la Médecine ou de la Justice.

Ce n'est que tardivement en effet que la notion de prévention s'imposa avec la création en 1958 des Services de Prévention, rattachés à la Direction de l'Aide Sociale. Cette notion de Prévention complétait celle plus ancienne de Protection de l'Enfance qui cependant n'a été elle-même véritablement exercée qu'avec l'ordonnance du 2 février 1945, relative à l'Enfance délinquante. Jusqu'alors, priorité absolue était accordée à la puissance paternelle, qui plutôt pourrait se nommer la "toute puissance" paternelle : longtemps en effet personne ne s'est cru autorisé à intervenir en faveur d'enfants qui avaient leurs parents, même si ceux-ci abusaient des prérogatives que leur accordait le consensus général (le "droit de correction", attribut de la puissance paternelle en est un exemple). Certes, la loi du 24 juillet 1878 "sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés" organisait la déchéance de la puissance paternelle et le retrait de tout ou partie des droits qui s'y rattachent. La loi du 19 avril 1898 "sur la répression des violences, voies de fait et attentats commis contre les enfants" permettait aux juridictions pénales, saisies de l'infraction, de placer les mineurs qui en avaient été victimes. Mais la portée des textes en vigueur jusqu'en 1945 resta très limitée. De toute manière, les enfants assistés restaient ceux que les parents abandonnaient ou bien dont les parents se révélaient coupables et étaient déchus. Il n'y avait alors pas de conflits entre les parents et ceux qui recueillaient les enfants, ou ils étaient tranchés par la Justice. Depuis 1958, date récente où furent

reconnus les droits de l'enfant (dans la législation française et internationale) la protection judiciaire et sociale s'est largement étendue aux enfants que les parents paraissent incapables d'éduquer suivant les critères définis par l'évolution de la pédagogie, de la psychologie et de la médecine, bien qu'ils disposent totalement de leur puissance paternelle. L'ordonnance de 1958 ("De l'Autorité parentale") souligne :

- que l'Autorité parentale (qui remplace l'ancienne Puissance Paternelle) est une fonction : complexe de droits et de devoirs conférés aux parents dans l'intérêt de l'enfant en vue d'assurer sa protection et son développement.

- elle met en place les mesures d'assistances éducatives en milieu ouvert (déjà pronées dans un décret de 1935), qui suppléent à l'ancienne "surveillance" et se conçoivent comme une aide au mineur dans son milieu naturel, mais n'excluent pas la possibilité de placements, avec ou sans l'accord de la famille. Elle prévoit la possibilité d'un recours à une consultation médico-psychologique et psychiatrique pour connaître la personnalité du mineur et acquérir des éléments suffisants d'appréciation du danger couru par ce dernier.

Cette procédure est ouverte à la suite d'un signalement quand il est jugé que "la santé, la sécurité, la moralité de l'enfant sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises". Il n'est dès lors plus nécessaire qu'un mineur commette un délit, une fugue, que ses parents soient des bourreaux pour que leur soit proposé ou imposé un éducateur à domicile, une mesure de placement. Et parce qu'elles ont eu et ont encore, moins que les autres, la possibilité de masquer leur défaillance et d'y remédier seules, les familles de milieu social défavorisé, devenues des familles "de cas social" constituent la clientèle la plus impor-

tante des services sociaux et judiciaires de l'Aide à l'Enfance.

La présence d'éducateurs spécialisés ou d'Assistantes sociales dans de telles familles, la multiplication des services sociaux, le développement parallèle d'institutions spécialisées (scolaires, médicales), l'éventuel recours au psychiatre ont-ils permis qu'alors disparaissent les erreurs précédemment commises et la ségrégation des enfants sans famille ou sans milieu familial satisfaisant ? Certes non. Le développement et la généralisation des connaissances en matière d'éducation, de sciences humaines, de psychologie ou d'hygiène mentale ont contribué à désigner un nombre plus grand d'enfants comme enfants "à assister". Et l'insuffisance des structures d'aide à l'Enfance, le manque de cohésion et de continuité dans l'assistance par des services de nature et de formation différentes, la séparation de ces derniers, ne sauraient suffire à expliquer la ségrégation des enfants cas sociaux. Le sort particulier qui leur est réservé les désigne toujours comme des enfants qu'on "met à part". Le double phénomène de sacralisation et d'exclusion existe toujours.

Sans doute, comme le soulignent M. SOULE et J. NOEL, parce que : *"ce que ces enfants là incarnent et symbolisent continue de peser au moment où nous sommes, infiltrant notre pensée et notre action au point que nous paraissent inéluctables les modes d'intervention qui supposent la ségrégation des cas sociaux"*.

B - FONDEMENTS PSYCHOLOGIQUES

1° - SEGREGATION ET SACRALISATION : REJET ET SURVIVEMENT

Nous avons tenté de montrer que dans l'aide à l'enfant sans famille (sans "vraie" famille) resurgissait

toujours ce phénomène de sacralisation et de ségrégation :

- LA SEGREGATION : est exprimée dans le rejet plus ou moins manifeste de ces enfants par le plus grand nombre de personnes dont peu s'étonnent qu'ils deviennent des individus asociaux, délinquants, alcooliques, malades mentaux, comme s'ils étaient marqués d'une hérédité pathologique qui les voue, sans que rien n'y puisse faire, à la marginalité.

Rejet, que sous entend l'indifférence relative où est laissé un nombre croissant d'enfants dont la société aura à porter la charge de plus en plus écrasante. Rejet même qui transparait, nous l'avons dit, dans les modes de prise en charge (ou les refus) de ces enfants par des structures "séparées" qui concourent à en faire, ce qu'ils seraient déjà pour certains "in statu nascendi", c'est à dire des enfants "différents des autres".

La ségrégation procède de cette affirmation : "je n'ai pas été un enfant comme celui-là que je nomme cas social, je n'ai pas eu de tels parents, je n'ai pas eu les sentiments filiaux que je crois deviner chez cet enfant.

Il est tentant de faire le parallèle avec les malades mentaux dont on sait les courants de pensée contradictoires qu'ils ont suscités, courants qui veulent tour à tour les exclure ou les réhabiliter.

- LA SACRALISATION : des enfants sans famille, "nés d'eux mêmes", a pour nous le sens d'un renversement en son contraire du mouvement premier d'exclusion. Elle est manifestement exprimée dans le surinvestissement des enfants abandonnés ou des enfants "cas sociaux" par les personnes et les services qui les prennent en charge. Les abandonnés deviennent alors "leurs" enfants, aussi bien ceux de l'éducateur ou de l'assistante sociale qui les assistent à domicile,

que ceux de l'administration qui les protège et les recueille. Ceux-là ne permettraient à personne de leur porter atteinte, ni ne leur laisserait le soin d'envisager leur avenir.

Si exclusion et surinvestissement vont de pair, si ces deux attitudes se retrouvent, qui répondent d'une manière apparemment si opposée aux implications de l'aide aux enfants cas sociaux, c'est que ces enfants là incarnent sans doute la question la plus ancienne et la plus dramatique de l'homme, celle de son origine. Il faut voir là, la raison qui a fait que, dans le sort qui lui a été réservé, l'enfant de cas social, enfant de famille dissociée, a rejoint l'enfant sans famille, c'est à dire sans père (sans nom), raison même qui a fait qu'une différence a toujours existé entre l'enfant orphelin et l'enfant sans origines.

Longtemps, en effet, personne ne s'est cru autorisé à intervenir en faveur d'enfants qui avaient leurs parents. Ceux-ci avaient tout pouvoir sur l'enfant et si les traités d'éducation sadiques du dix neuvième siècle peuvent choquer de nos jours, chacun a pu longtemps faire de ses enfants ce qu'il jugeait bon. Aujourd'hui, refuser d'investir ses enfants comme le consentement général estime qu'on doit le faire, ignorer les devoirs parentaux et (ou) conjugaux, être un mauvais père ou une mauvaise mère - (les traités de psychologie et de psychanalyse ont largement contribué au développement de ce qui est devenu le mythe des bons et des mauvais parents) - c'est transgresser les lois qui régissent notre organisation socio-familiale dont l'observation demeure la condition d'appartenance à notre société. C'est encourir la malédiction et risquer l'exclusion. Etre sujet de cette transgression ou son objet, être le parent qui l'aime (sans "vrai" parent) conduit au même risque d'exclusion. Ainsi, les parents déçus ou les enfants abandonnés sont ils souvent l'objet d'un même rejet ou d'un même surinvestissement. En témoignent les excès avec lesquels sont condamnés ou excusés les parents indignes, ceux qui maltraitent leurs enfants

ou qui les abandonnent.

Il nous apparaît ici, qu'au delà de la personnalité des parents, de l'enfant ou de l'adolescent, et du contre-transfert qu'ils induisent chez l'éducateur ou le thérapeute, c'est la dispersion de la cellule familiale, l'existence même d'un conflit entre parents, entre parents et enfants, ce que de telles situations laissent supposer de haine et de destructivité qui importent et qui suscitent chez l'observateur la reviviscence de ces affects refoulés. Dans l'identification de ce dernier à l'enfant que ses parents abandonnent, maltraitent ou tout simplement n'aiment pas, resurgit la question de ses propres origines, question infiltrée des pulsions les plus érotiques et les plus destructrices et contre laquelle ont été élaborées ses défenses les plus actives. L'interrogation si souvent entendue : "Mais pourquoi ont ils des enfants, ces parents là ?", qui consulte le désir et l'amour des parents pour l'enfant pourrait la concrétiser.

S'occuper des enfants des autres, qui plus est des enfants sans "vraie" famille, c'est risquer d'être confronté à nouveau à nos propres affects d'enfant, à la culpabilité qui en est découlée, aux contreinvestissements qu'ils ont suscités, c'est revivre dans l'identification à l'enfant de mauvais parents la situation traumatique de la séparation primaire d'avec la mère qui a présidé à la naissance des pulsions agressives et de la culpabilité qui s'y rattache.

Certes on imagine qu'il n'est pas facile pour le travailleurs social isolé (mais le psychiatre n'y échappe pas toujours), face à des parents indignes, de se dégager de la situation conflictuelle pour lui qu'implique la protection de l'enfant privé d'un milieu familial normal. Comment il s'y meut, c'est le secret de son histoire personnelle et des vicissitudes de

ses propres aménagements. Mais la dénégation peut tenir lieu de réponse à la question fondamentale soulevée par la situation de l'enfant et protéger de l'angoisse qu'elle réactive :

- ainsi peut-on ne voir dans les enfants dits cas sociaux, que des enfants héréditairement touchés, et vouloir ignorer ce que l'attitude rejetante des parents a pu déterminer de pathologie chez l'enfant ;

- les aider "socialement", les appeler des "cas sociaux", ce qui procède du même mécanisme de déni, déplaçant la nature de leur déficience et l'origine de leur inadaptation.

- Il est aussi possible de refuser les implications affectives que déterminent en nous les conditions familiales de tels enfants et déplacer notre agressivité envers les parents en l'attribuant aux "autres", à la société, au système...

- En dernier recours, le placement de l'enfant, qui supprime radicalement une situation trop conflictuelle, constitue notre moyen de défense le plus efficace.

Par ailleurs, de nous être occupé de "cas sociaux", d'avoir suivi des travailleurs sociaux dans leur pratique, d'avoir participé à des épreuves de sélections d'éducateur-moniteurs pour l'enfance inadaptée nous a révélé que l'origine de l'engagement dans l'aide à l'enfant privé de famille était à rechercher dans une compulsion qui trouve sa source dans le besoin d'identification (d'introjection identificatoire) au bon objet nourricier et de destruction des objets mauvais et persécuteurs et que "la qualité de l'action menée dépend de la capacité de chacun à aménager, sur le mode de la sublimation ou de la formation réactionnelle, la réintrinsication de ses pulsions" (SOULE). L'investissement de ces enfants "sans amour" est d'autant plus aisé qu'une place est à prendre, celle

des parents, qui permet que l'éducateur devienne le "bon" par apposition aux mauvais parents, et nombreux sont ceux qui ne résistent pas aux bénéfices narcissiques qu'ils peuvent tirer, à jouer un tel rôle.

"La vocation d'assistance à l'enfant privé de famille ou de milieu familial normal, répond à des besoins divers et contradictoires : la réhabilitation narcissique par l'investissement dans l'enfant victime, la dénégation, l'agression ou la maîtrise des objets persécuteurs, la consolation mégalomane par l'assimilation du tout puissant bon objet, et tend à jouer le même rôle économique et régulateur qu'à joué autrefois pour chacun de nous l'élaboration de son roman familial".
(J. NOEL - M. SOULE : "Malaise dans la Bienfaisance ou le grand renfermement des enfants dits cas sociaux").

2° - LE ROMAN FAMILIAL

Le roman familial constitue une fantaisie fort répandue et serait même prévalente, puisque selon FREUD, elle se retrouverait dans toutes les destinées. Pour LÉBOVICI ("Connaissance de l'enfant par la psychanalyse" - P.U.F. 1972), le roman familial, s'il n'est pas toujours consciemment évoqué, est pratiquement toujours retrouvé dans la psychanalyse. Nous allons tenter de résumer de quoi il s'agit.

FREUD, dans quelques pages insérées dans le livre d'OTTO RANK, "Le mythe de la naissance du héros", rappelle la nécessité de l'opposition entre générations, et ce sur quoi elle se fonde :

- attitude de plus en plus critique de l'enfant vis à vis de l'autorité et de la valeur des parents ;

- situation de rivalité sexuelle par rapport à l'un des parents et sentiment d'être exclu du couple parental ;

- sentiment aggravé par la rivalité fraternelle.

L'enfant, dans une tentative de mise à distance des parents, élabore une fantaisie, le roman familial, où il se met en scène, fils d'un autre père, plus riche, plus puissant (une personne rencontrée dans la réalité peut servir de support à ce nouveau personnage paternel). Il devient alors l'enfant d'un autre, enfant abandonné, ou adultérin, seule la paternité étant douteuse, en tenant compte de cette réalité que *"Mater est certissima sed pater semper incertus"*.

"Tous les névrosés, dit FREUD, se forgent ce qu'on appelle un roman familial (qui devient conscient, dans la paranoïa). D'une part, ce roman flatte la mégalomanie et d'autre part, il constitue une défense contre l'inceste".

Le roman familial fournit un exemple du rôle et de la fonction des fantaisies par rapport au conflit oedipien :

- au niveau du conflit objectal ;
- au niveau de la restauration narcissique.

a) Au niveau du conflit objectal, il réaménage en effet le conflit oedipien *"en s'en protégeant constamment, utilisant l'énergie pulsionnelle dans un compromis qui équilibre les forces"* (LEBOVICI).

- il dévalorise le personnage paternel, supplanté par plus puissant que lui, le privant de sa filiation. Le père est bafoué par la mère qui l'a trompé, l'enfant lui faisant ainsi subir une castration symbolique.

- En modifiant le personnage maternel, qui est séduit par un autre, l'enfant reconnaît que la séduction existe, qu'on peut séduire la mère sans courir de danger et lui fait abandonner la position phallique sans qu'elle soit pour autant chatrée. L'enfant s'accorde ainsi des fantaisies incestueuses sur la personne de la mère et ne court pas de risques puisqu'il les fait agir par un père imaginaire tout puissant auquel il s'identifie.

b) Au niveau de la restauration narcissique : par la fantaisie du roman familial l'enfant sépare ses parents et se distancie de l'image de la scène primitive sur un mode qui entraîne une blessure narcissique moindre pour lui. Le roman familial rétablit en effet la toute puissance mégalomaniacque de l'enfant alors qu'il se sent impuissant et castré ; il se crée des parents mythiques tout puissants, narcissiquement revalorisant pour lui, à une période où la reconnaissance de son exclusion du couple parental et de l'impuissance de ses parents réels constitue une épreuve insupportable pour sa mégalomanie infantile.

Le roman familial apparaît comme une tentative à se dégager des relations conflictuelles avec les parents réels : même s'il n'aboutit pas au désinvestissement des parents par l'enfant, sa relation à ces derniers est partiellement déconflictualisée. Il constitue une ébauche d'aménagement, un mode de compromis et d'attente et FREUD a montré qu'il laissait intact les émois affectifs contradictoires de l'enfant à l'égard de ses parents.

On peut voir une preuve complémentaire de sa valeur réorganisatrice dans le nombre de productions littéraires auxquelles le roman familial a servi de modèle : la mythologie (enfance des Dieux et des héros), les contes de fées, les romans populaires (ROCAMBOLE, les 2 ORPHELINES etc...).

3° - ... ROMAN FAMILIAL ET AIDE A L'ENFANCE

Certaines situations vécues dans la vie adulte peuvent réactiver les fantaisies élaborées par chacun de nous dans son enfance. LEBOVICI et SOULE ont pu analyser, dans "Connaissance de l'enfant par la psychanalyse", une telle reviviscence du roman familial suscitée chez des adultes par la situation d'enfants adoptés.

On imagine volontiers que le travail qui consiste à s'occuper d'enfants de milieu familial défaillant confronte plus encore ceux qui s'y sont voués aux implications inconscientes que suscite de telles situations. Quand il s'agit d'enfants "cas sociaux", qu'on suppose à tort ou à raison mal aimés, exclus, tout adulte de bonne volonté trouve une place à prendre auprès d'eux : celle du parent mythique de son propre roman familial. Qu'ils croient percevoir chez l'enfant le désir de les choisir comme parent idéal, que l'enfant induise un tel contre-transfert, ou qu'ils projettent sur lui leur propre désir de devenir le "bon père" ou la "bonne mère", les travailleurs sociaux trouvent dans l'assistance à l'enfant privé de famille un rôle très gratifiant dont ils ne voudraient être délogés par personne. Une telle tendance est d'autant plus aisément adoptée, qu'il y a dans la réalité des situations de l'enfant cas social matière à le considérer comme un enfant de mauvais parents, et qu'il est devenu fréquent de reporter sur les parents la responsabilité des troubles de leurs enfants, puisque la psychanalyse a montré l'interférence des relations parents-enfants et plus particulièrement insisté sur la valeur révélatrice des conflits des parents par les symptômes de l'enfant : "C'est la faute des parents". Une telle attitude peut être une facilité que s'accordent certains psychiatres, psychologues ou travailleurs sociaux qui, dans une identification trop exclusive à l'enfant, cherchent une revanche oedipienne personnelle en attribuant toutes les difficultés à la faute parentale. Certes, on conçoit les bénéfices narcissiques qui peuvent

être retirés, à devenir le bon parent de l'enfant victime (on peut ici noter que ce véritable mythe du parent irréprochable relève de notre Idéal du MOI). Aussi, l'enfant cas social devient-il facilement l'enjeu de multiples rivalités que la tendance à s'identifier au parent idéal explique :

- rivalités entre services sociaux et parents,
- rivalités entre les différents services ou les différents techniciens de l'Aide à l'enfance.

a) Les rivalités entre les services sociaux et les parents :

Les tentatives de séduction exercées par nombre de travailleurs sociaux sur l'enfant peuvent être ressenties par les parents comme un rapt affectif qu'ils tolèrent mal. Cette séduction consiste à se montrer "meilleur" que les parents qui sont trop facilement imaginés et décrits comme peu affectueux, peu compréhensifs, impatients, incapables. (Nous soulignerons ici que l'accusation portée envers les parents "ils ne supportent pas leur enfant, ils ne peuvent pas le voir..." comporte souvent un élément projectif de la part des accusateurs, travailleur social ou médecin, lorsqu'ils échouent dans leur tentative de séduction d'un adolescent difficile et opposant). Un exemple peut étayer notre analyse :

Lors d'un entretien réunissant l'équipe de la Sauvegarde et les parents d'un adolescent à qui était alors reproché (par les parents) de ne jamais exprimer ses désirs (ce qu'en fait par leur attitude les parents interdisaient), de ne jamais dire "ce qu'il avait dans la tête", l'éducateur présent à l'entretien, se tourna soudainement vers le garçon pour s'écrier : *"mais moi, je ne suis pas comme ça (comme "eux"), je te comprends, ... d'ailleurs, rap-*

pelle toi, la dernière fois que nous sommes allés ensemble dans un café, nous avons parlé pendant deux heures au moins...".

Le désir d'être vécu par l'enfant, meilleur que ses parents est ici évident. Il se manifeste plus souvent de manière occulte. Il participe alors au développement d'une rivalité entre les éducateurs "spécialisés" et les éducateurs déjà déçus que sont les parents, rivalité qui est à l'origine de nombreuses ruptures dans la continuité et la cohérence de l'assistance apportée aux familles de cas social. L'enfant ou l'adolescent utilise souvent cette rivalité pour agresser ses parents, facilitant le clivage par la valorisation qu'il fait de son éducateur.

b) Les rivalités entre les différents services ou techniciens de l'aide sociale ont la même origine.

Les conflits peuvent surgir dans l'équipe multidisciplinaire qui prend en charge une famille, lorsque plusieurs de ses membres cherchent à occuper la place de bon parent dans le fantasme de l'enfant et craignent d'être détrônés par plus idéaux qu'eux. Ainsi, peuvent se concevoir les réticences de l'assistante sociale ou de l'éducateur à l'égard du psychiatre ou de la psychologue (mais l'inverse n'est pas impossible), la rivalité entre l'assistante de secteur et l'éducateur en milieu ouvert, entre l'éducateur de l'internat qui recueille un enfant et celui qui le suit dans la famille, la mésentente entre la D.D.A.S.S. et le service de la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence quant aux mesures à prendre pour un enfant dont ces deux services s'occupent. *"Le client devient l'enfant parthénogénétique du roman familial de chacun, et chacun redoute que l'autre ne soit la fée Carabosse qui fait peur et mal"* soulignent LÉBOVICI et SOULE, les contre-investissements devant cette position plus ou moins culpabilisée entraînant

parfois des formes d'action psycho-sociales au sein des familles peu réalistes et peu objectives.

Nous citerons un exemple pour illustrer ce qui précède, vécu par nous au cours de cette année de pratique à l'A.D.S.E.A. de la Loire : Une psychologue s'était proposée de créer un groupe de rencontre d'adolescents, projet reçu avec enthousiasme par certains travailleurs sociaux qui assurèrent 14 "candidats". Cinq vinrent la première fois, un seul à la troisième séance. Sans doute, les critères de sélection des adolescents avaient-ils été insuffisamment étudiés, mais ce qui nous parut alors significatif d'un "sabotage" inconscient du projet par ceux là-même qui s'en étaient réjouis, fut leur absence sans exception lors de la réunion ayant pour but d'analyser les causes de l'échec. Certains d'entre eux purent par la suite verbaliser leur refus de "partager" "leur" client.

De tels conflits multipliés par le nombre parfois important des intervenants dans une même famille, les variations d'éthique personnelle et professionnelle de ceux-ci (en fonction aussi du service auquel ils appartiennent), les différences dans leur contre-transfert à l'égard de cette famille, rendent alors souvent inopérantes les concertations entre spécialistes de l'Aide à l'Enfance (les "réunions de synthèse") qui pourtant se multiplient.

4° - CONCLUSIONS

La vocation à devenir quelqu'un qui s'occupe des enfants des autres, surtout d'enfants cas sociaux, repose, nous l'avons vu, pour une grande part sur la manière dont nous avons aménagé nos défenses par rapport au conflit oedipien, et sur les sentiments d'amour ou d'agressivité (alors plus ou moins culpabilisés) que nous avons ressentis pour nos propres parents.

Le roman familial a dans notre enfance constitué un aménagement "de compromis et d'attente" facile, et il n'est pas étonnant que nous soyons tentés d'y recourir, d'autant que nous pouvons désormais y jouer un rôle gratifiant. Certes, la réalité souvent dramatique que vivent les enfants cas sociaux facilite le recours à des rationalisations pour justifier nos positions à leur égard et à l'égard de leurs familles. Mais nous avons tenté de montrer que les fondements psychologiques de leur ségrégation, qui toujours seront à l'oeuvre, font que la réforme des institutions ne saurait suffire à modifier le sort des enfants dits "cas sociaux".

Nous pouvons même concevoir que la présente critique des interventions "sociales" n'est qu'un mode de défense qui a joué et joue encore son rôle dans notre pratique personnelle.

-----ooo000ooo-----

III - ETUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

Dans notre tentative à donner une définition des enfants dits "cas sociaux", nous avons vu que cet épithète se justifiait essentiellement par le fait qu'ils sont l'objet de mesures sociales, et que le concept de cas social à l'origine réservé aux enfants dont les parents se démettaient, s'est progressivement étendu à ceux dont les parents se relevaient incapables de les élever comme le sens commun considère qu'on doit le faire. Il ne nous a pas été facile jusqu'ici, dans notre étude des conditions sociales et familiales, de cerner de façon cohérente un aspect fondamental d'un concept qui recouvre des situations très diverses, toujours particulières. Pourrons nous espérer plus de facilité et de rigueur dans notre abord de l'enfant lui-même : certes non. Certains facteurs s'y opposaient, les uns généraux, les autres plus particuliers aux conditions de notre pratique :

- généraux : nous nous sommes heurtés à l'extrême difficulté du diagnostic en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qui témoigne :

- de la labilité des symptômes
- des multiples significations que peut recouvrir une même symptomatologie
- de la fréquence de la pathologie réactionnelle
- des aléas du diagnostic de "structure" chez des personnalités dont la maturation psychologique est encore inachevée
- de la difficulté à établir la limite des concepts de névrose, psychose, troubles du caractère, de l'embarras à catégoriser certains troubles, objectivé par la diversité des termes classificatoires d'un auteur à l'autre.

- particuliers : l'impossibilité où nous étions :

- de faire une analyse comparée et simultanée de deux populations d'enfants, dont l'une, "tout venant", aurait servi de référence

- de procéder à une étude longitudinale, susceptible de rendre compte de l'évolution clinique à long terme, seule capable de déterminer la nature de l'aide à apporter aux "cas sociaux"

- dernières barrières et non des moindres : le temps limité de nos consultations, le fait qu'il ne nous a pas été donné de revoir les enfants, le but enfin de ces consultations sanctionnées par un "rapport" au juge des enfants. Il s'est le plus souvent agi pour nous d'évaluer la pathogénicité éventuelle d'un milieu familial ou de prévoir (prédire) la désocialisation ou l'inadaptation d'un enfant, plus rarement d'avoir à porter un diagnostic clinique et d'engager des thérapeutiques médicales ou médico-psychologiques.

Certes, ce que nous avons évoqué des familles de cas social laisse entrevoir que nous pourrions dans ce chapitre nous attacher à décrire les conséquences psychopathologiques des carences parentales. Nous n'en ferons qu'un rappel succinct et au delà du polymorphisme clinique que nous avons observé chez ces enfants et adolescents, nous décrirons ce qui nous a paru les singulariser, tant dans leurs manifestations cliniques, leur comportements que leur personnalité.

A - LES CARENCES PARENTALES ET LEUR CONSEQUENCE

Les travaux des deux dernières décennies en matière de psychopathologie infantile ont beaucoup insisté sur l'importance fondamentale des liens mère-enfant dans les premières

années de la vie et sur les séquelles des carences maternelles. Il est maintenant démontré que les séparations prolongées ou répétées de l'enfant d'avec sa mère (ou un substitut maternel valable), comme la mauvaise qualité des soins physiques et affectifs que lui sont prodigués, sont des facteurs majeurs de désadaptation. La personnalité profonde des mères et leur capacité d'investissement de l'enfant qui fonde la qualité des soins et celle des relations mère-enfant interviennent tout autant que les événements macroscopiques vécus par ce dernier (placement, hospitalisation...). Il est reconnu que ce que l'on nomme globalement les carences, retentit sur différents secteurs de la personnalité de l'enfant et peut déterminer :

- un retard du développement intellectuel, parfois irréversible. Ce retard peut être global ou sélectif, n'affectant alors que certaines fonctions : langage, fonction symbolique...

- des séquelles affectives parfois durables avec crainte de l'abandon, sentiment de frustration entraînant une revendication affective permanente, perturbation des relations objectales.

- une structuration de personnalité anti-sociale, évoluant vers la délinquance.

- voire des désorganisations précoces (psychoses infantiles, dysharmonie d'évolution) ou tardives de la personnalité (psychopathie, alcoolisme, états dépressifs, états limites.)

Mais, si les interactions entre l'enfant et la mère sont les plus fortes pendant les premiers mois de la vie, d'autres figures, notamment le père, ont leur importance. Lorsque l'enfant est placé par exemple, il est séparé de ses deux parents et privé de l'interaction avec une figure paternelle, tout autant qu'avec une figure maternelle et avec les conséquences de leurs propres interactions. Si le rôle du père n'a pas été aussi bien défini par psychiatres et psychanalystes que celui de la mère, il nous semble que l'on

pourrait aussi ce qui le concerne parler d'insuffisance, de discontinuité, de distorsions et que celles-ci interviennent dans les désadaptations infantiles que nous avons décrites. L'un des parents ne peut se concevoir sans l'autre, puisqu'ils sont, l'un et l'autre, ensemble, les deux composantes intriquées d'un même vécu, les deux pôles d'un même éprouvé. Le rôle éducatif du père ne peut se résumer dans le seul terme d'autorité. Le support identificatoire souvent précaire qu'offrent les pères d'enfants cas sociaux, joue aussi sa part dans le déterminisme de leur inadaptation. Mais l'analyse des interférences reste complexe et comme le souligne WIDLOCHER : *"la relation avec le père est peut-être, plus que tout autre encore, fonction de données imaginaires et les représentations fantasmatiques ne sont que partiellement influencées par les réalités familiales. La fonction paternelle constitue un facteur indispensable pour la formation de la personnalité, quelques soient la ou les personnes qui l'incarnent"*.

Ainsi, avons-nous préféré intituler ce chapitre les carences parentales, même si le caractère très général de nos considérations ne permet que d'effleurer la gènèse des inadaptations et des déficits des enfants cas sociaux.

B - APERCU PSYCHOPATHOLOGIQUE

La lecture des observations présentées dans la deuxième partie permet une revue plus variée des problèmes posés par les enfants dits cas sociaux. Ce chapitre n'a pour but que de dégager certaines constantes apparues à l'examen clinique de ces enfants, certains tableaux cliniqués ou certains aspects de leur personnalité que nous avons plus fréquemment retrouvés. En effet faire le relevé de la pathologie rencontrée pourrait se résumer à reprendre point par point les différents chapitres des manuels de psychiatrie infantile ; nous noterons cependant six cas de dysharmonie évolutive (au sens de Misès) décelés chez des enfants de 4 à 5 ans, une

schizophrénie chez un adolescent. Un inventaire exhaustif des symptômes est par ailleurs impossible à faire : le refoulement et les contrinvestissements conduisent le sujet ou ses parents à nous donner l'histoire vécue telle qu'elle peut être évoquée au moment et dans les conditions de l'entretien avec l'enquêteur. Méconnaissance et oubli jouent un rôle tel que le nombre des symptômes rapportés n'est sûrement pas le nombre des symptômes présentés.

Nous insisterons donc plus particulièrement sur

niveau intellectuel

vité.

1) La réussite scolaire et le

2) Les caractères de l'affecti-

3) Les conduites antisociales.

1) REUSSITE SCOLAIRE ET NIVEAU

INTELLECTUEL

Nous avons signalé la quasi-constance des retards et des difficultés scolaires des enfants cas sociaux et évoqué certaines de leurs causes. Ce phénomène mérite d'être relevé car il concerne un grand nombre d'enfants et il est lourd de conséquences sur le plan social et économique. Plusieurs facteurs s'intriquent qui déterminent ce déficit scolaire :

- Le déficit culturel et l'insuffisance des stimulations intellectuelles qui leur sont offertes.

- Les séparations répétées et les carences des soins apportés par le milieu familial ou de recueil.

- L'absentéisme scolaire, les fréquents changements d'établissements.

- L'absence de soutien pédagogique par un adulte attentif (parent ou instituteur peu motivé).

- La pauvreté des images identificatoires, peu capables de dynamiser l'enfant et le pousser à acquérir des connaissances.

- La fréquence des dépressions chez des sujets qui se considèrent souvent voués à l'échec. Leur capacité d'attention et de concentration, leur investissement des études sont souvent limitées. Ils se réfugient volontiers dans la rêverie, ou restent préoccupés par leurs problèmes familiaux : "j'ai la tête ailleurs, je pense à autre chose, ça ne m'intéresse pas...".

- Le grand nombre des dysphasies, dyslexies ou dysorthographies observées facilitant que le retard s'institue précocement, l'avenir scolaire étant "joué" dès le cours préparatoire ou le cours moyen.

De tels facteurs impliquent également un retentissement sur les capacités intellectuelles, telles qu'elles peuvent être appréhendées par les tests de niveau (nous avons utilisé le WISC ou le WECHSLER le plus souvent). Certains traits particuliers se dégagent de l'étude des quotients intellectuels :

- L'étalement des Q. I. de notre échantillon paraît aller de 67 à 120 pour le Q. I. global (exclusion faite de 2 cas d'arriération d'origine organique), l'effectif le plus important se situant pour les Q. I. de 85 à 90. Le Q. I. global moyen est de 89,37, chiffre significativement plus bas que celui d'une population d'enfants de même âge "tout venant".

- Il existe surtout une dysharmonie importante entre les résultats obtenus à l'échelle verbale et à l'échelle de performance en faveur de cette dernière. Pour plus de 80 % de nos sujets en effet, l'échelle verbale est très inférieure à l'échelle de performance, alors que le Q. I. performance moyen est sensiblement identique à celui d'une population normale, témoignant de l'intégrité des capacités intellectuelles dans la majorité des cas.

Un travail comparant deux populations d'enfants dont l'une de cas sociaux ← Revue de Neuropsychiatrie Infantile - Sept 1974 → indique des résultats comparables.

Les scores bas obtenus aux épreuves de vocabulaire, d'information, d'arythmétique, peuvent-ils simplement se comprendre par le vécu socioculturel peu épanouissant, les difficultés scolaires ? Ces notions suffisent-elles à expliquer les difficultés d'expression verbale ? Nous ne le pensons pas.

Le langage est en effet l'instrument fondamental de la communication, de la relation intellectuelle avec autrui, il est un substitut de l'action. Il a aussi une fonction symbolique, c'est-à-dire de représentation de choses par l'intermédiaire de signifiants. Faut-il voir dans la pauvreté du langage des enfants et adolescents cas sociaux (pauvreté quantitative et qualitative, grammaticale et syntaxique), langage qui reste souvent descriptif et nominatif, une limitation ou un blocage de sa fonction symbolique ? Il est souvent peu différencié et nuancé, freinant l'accès à une pensée abstraite, ce que montrent les capacités limitées d'association, de déduction, d'abstraction notées dans les tests. Il nous semble qu'il s'agit dans un certain nombre de cas, d'un véritable désinvestissement du langage parlé comme outil relationnel, celui-ci étant volontiers délaissé au profit de l'agir ; ce qui signe le plus souvent une difficulté essentielle dans la relation à l'autre, à l'adulte en particulier, support des images parentales, comme si cette relation ne pouvait être que frustrante, voire dangereuse. Ce blocage des capacités relationnelles, renvoie au sentiment d'insécurité et d'anxiété qui nous a paru caractériser l'affectivité de ces enfants.

.../...

2) CARACTERES DE L'AFFECTIVITE

Au delà des symptômes et des comportements des enfants et des adolescents, (où les conduites antisociales - fugues, refus scolaires, vols, délinquance organisée - et les troubles caractériels constituent les manifestations cliniques les plus fréquentes), les caractères de l'affectivité nous ont plus particulièrement intéressés et nous nous sommes attachés à en préciser les caractéristiques à partir des données cliniques et projectives. Au cours des confrontations qui eurent lieu entre cliniciens à propos de chaque "étude de cas", ce sont les termes d'immaturité et de dépendance, d'anxiété et d'insécurité qui le plus souvent étaient employés, et ils nous paraissent dans une première approche, constituer des éléments intéressants de discussion.

a) Immaturité affective et dépendance

Il existe en effet une immaturité affective, retrouvée aussi bien chez des enfants que chez les adolescents, qui n'établissent que difficilement des liens avec l'entourage alors qu'ils n'ont que des relations limitées ou perturbées au niveau familial. Dans leur comportement comme dans leurs fantasmes exprimés ils font preuve d'une grande avidité affective et d'une extrême dépendance et se montrent peu capables d'établir une relation d'objet névrotique avec l'autre. Dans ces foyers perturbés, l'enfant comme le souligne M. POROT, est à la fois le moyen et la victime de la compensation recherchée par les parents. Ils ont recours à lui pour résoudre leurs problèmes, soit sous la forme d'une captativité pathologique, soit sous la forme de rejet, ce qui empêche une évolution harmonieuse vers l'autonomie. La situation de dépendance mal résolue entre mère et enfant, coïncide avec la crainte de ce dernier (constamment retrouvée à l'examen) de la frustration et de la déception dans sa quête affective exigeante.

Pour M. de BOUCAUD, il s'agit "d'une affectivité exclusive et régressive où toute une partie de l'énergie disponible est mobilisée dans cette quête affective".

Mais il existe aussi un besoin de se défendre vis à vis de l'autre, en relation avec la sensibilité de ces enfants à toute situation vectrice de danger. Les modalités relationnelles de ces enfants, leur capacité à verbaliser quelque chose de leur réalité intérieure, que nous avons cherché à explorer au cours de nos entretiens, nous ont paru à l'égard de ce qui précède, significatives.

- Certains étaient franchement inhibés (parfois l'inhibition se levait au cours de l'entretien mais souvent persistait) : ils ne parlaient qu'en réponse aux questions, par phrases courtes, par monosyllabes ou signes de tête. Sans doute pouvaient-ils avoir un mode relationnel différent en famille. Mais en présence d'un étranger, les images qu'ils déplaçaient et projetaient, paraissaient angoissantes, chargées de leurs pulsions agressives. L'inhibition se manifestant avec la plupart des adultes, et indépendamment du contexte particulier de la consultation.

- Dans la direction opposée, certains enfants d'emblée établissaient une relation trop proche, trop facile, trop infantile pour leur âge, allant pour certains jusqu'à l'hypomanie (essentiellement les enfants de moins de 8-9 ans). Il y avait là comme une fuite devant la réalité de l'autre, une distinction si insuffisante entre étrangers et familiers, qui témoigne d'un malaise dans la relation avec les objets intérieurs, tout aussi menaçants que dans le cas précédent mais avec une organisation défensive différente.

Dans les deux cas, il nous a paru que les attitudes opposées relevaient d'un vécu profond d'anxiété et d'insécurité.

.../...

b) Insécurité et anxiété

C'est en effet l'insécurité qui domine, et qui bloque les capacités relationnelles de l'enfant cas social. Enfant d'une famille dissociée où il est le témoin de l'échange d'agressivité des parents, enfant abandonné de ceux-ci, ou haï (dans la réalité ou dans ses fantasmes), il exprime un vécu d'anxiété, de menace, de solitude, d'exclusion par rapport au monde. Il réagit alors par le repliement sur soi-même ou exprime de manière impulsive son agressivité. Il évoque souvent la nostalgie d'une relation idéalisée à la mère ou celle-ci aurait satisfait sans limite à son avidité, l'agressivité et la culpabilité qui s'y rattache constituant la réponse à l'insatisfaction et à la frustration d'"amour". "De nourrissons sans amour, ils deviendront des adultes plein de haine", c'est ainsi que SPTIZ conclue son livre *"les premières années de la vie de l'enfant"*.

Insatisfaction et insécurité sont traduits dans les tests projectifs par des thèmes toujours répétés de chaleur, d'oralité, d'agressivité réactionnelle, d'angoisse et d'abandon.

Les dominantes dysphoriques sont très importantes et notre étude a pu mettre en évidence la prégnance d'une vision pessimiste du monde chez beaucoup de ces enfants ; qui s'accompagne d'une impossibilité à se projeter dans l'avenir qu'ils n'envisageaient pas, ou avec fatalité, comme un échec inéluctable.

Au vécu d'abandon, de néantisation est lié un sentiment d'infériorité, de dévalorisation de soi-même parfois intense ("je ne vauds rien" nous dit un jour spontanément un enfant de 9 ans") si bien que nous avons souvent été

tentés de parler de dépression. En fait, la notion de dépression chez l'enfant reste à définir car peu de travaux psychiatriques se sont attachés à combler ce qui pourrait faire lien entre les dépressions anaclitiques du nourrisson décrites par SPITZ et les dépressions de l'adulte. Mais le terme de dépression (qui ici serait à discuter) est celui qui recouvre le mieux "l'impression" clinique ressentie face au manque de dynamisme (d'élan vital), à la tonalité anxieuse, à la culpabilité, au sentiment d'incomplétude, à la vision pessimiste du monde que manifestent certains de ces "cas sociaux".

c) En conclusion

S'il ne nous semble guère possible de parler ici en termes de structure, un certain nombre de caractères communs peuvent être dégagés que pourrait recouvrir la notion de faiblesse du Moi et des mécanismes de défense.

Celle-ci se traduit dans :

- l'impossibilité de s'identifier aux images parentales et d'établir une relation satisfaisante avec l'entourage ;
- l'insuffisance des forces de contrôle, et l'impulsivité des réactions à tout stimulus qui ressemble à une frustration (pour de BOUCAUD "affectivité pulsionnelle et explosive") ;
- l'insécurité par manque de repères affectifs suffisants ;
- l'image de soi très dévalorisée ;
- le vécu anxieux de la réalité.

Ces troubles ne sont certes pas l'apanage exclusif des enfants des couches les plus défavorisées de la société et une étude plus approfondie du devenir des "cas sociaux" et qui chercherait à établir une comparaison entre la pathologie

de la population générale et celle des enfants pris à charge par les services sociaux serait nécessaire. Mais nous avons pu déjà constater la rareté de la pathologie névrotique, au "bénéfice" d'une pathologie essentiellement déficitaire ou de troubles à type de psychopathie ou de syndromes caractériels, dont on sait qu'ils sont à la fois d'accès thérapeutique plus difficile et de conséquences lointaines plus graves.

En effet les perturbations de l'affectivité et de la personnalité de ces enfants se manifesteront dans leur vie d'adulte et dans les relations qu'ils établiront avec leurs propres enfants. Ceux-là mêmes auront, comme leurs parents, des possibilités limitées d'adaptation familiale, sociale et professionnelle et ainsi se créeront ce que nous avons pu nommer "des généalogies" de cas sociaux.

C O N C L U S I O N

Si le mot "cas social" peut paraître vague, s'il appartient en priorité au vocabulaire des professionnels de l'Aide Sociale, nous avons constaté qu'il correspond à une réalité plus précise. Le "cas social" est l'enfant d'une famille défaillante, instable, mal insérée socialement, qui ne peut à elle seule parer à ses déficiences ou les réparer, qui doit recourir aux services sociaux ou se voit imposer leur aide. Il est aussi l'enfant d'une certaine société dont "les institutions résultent d'une discordance entre, d'une part, notre conscience sociale qui exige que l'on fasse des efforts impersonnels pour protéger l'enfant quel qu'il soit et quels que soient ses handicaps en aménageant différents services (de soins, de garde etc...) chargés de satisfaire les exigences de notre morale impersonnelle et, d'autre part notre inaptitude à créer artificiellement des cadres personnels où les enfants sauvés puissent recevoir des soins adéquats..." (Margaret MEAD), société qui participe à sa ségrégation, à son "renfermement". Le sens commun fait de l'arriération et de la délinquance, le lot de cet enfant là et le médecin lui-même ne finit-il pas par ne plus s'étonner de la pathologie qu'il rencontre ? Le psychiatre d'enfant n'est-il pas lui-même tenté d'oublier ce client difficile et de renvoyer "le cas social" vers les services créés pour lui ? Son confrère, psychiatre pour adultes, le retrouvera peut-être, sous les traits du psychopathe, de l'alcoolique, du "S. D. F. de service" et constatera avec fatalisme l'incurabilité de son patient, rationalisant son impuissance par la survenue trop tardive de son intervention. Qu'il signale alors la descendance de son malade aux services sociaux et le circuit serait refermé, qui désigne le "cas social" comme un indésirable que personne ne serait compétent à aider.

DEUXIEME PARTIE

=====

OBSERVATIONS

ESTHER - 9 ans

La consultation a été demandée en vue d'un changement d'orientation scolaire (et un éventuel placement !!) La famille est suivie en A. E. M. O. (Aide Educative en Milieu Ouvert) depuis de nombreuses années, d'abord dans le département de la DROME, puis à Saint ETIENNE.

- Le milieu familial et le passé de l'enfant

Esther, née en 1966, a vécu une enfance extrêmement perturbée, marquée par de fréquentes séparations d'avec son milieu familial.

D'abord hospitalisée 4 mois, quelques semaines après la naissance (toxicose), Esther est une nouvelle fois séparée de sa mère à l'âge de 4 ans ; elle fait alors un séjour d'un an au Centre Héliomarin de Palavas en raison d'une hypotrophie. Les parents se séparent à cette période, la famille faisant l'objet depuis deux ans déjà d'une A. E. M. O. ordonnée par le Juge des Enfants de VALENCE, en raison de l'éthylisme du père et de l'instabilité du couple. La garde des enfants est confiée à la mère : les 3 fils aînés sont placés à la D. D. A. S. S. de la DROME. La mère ne garde qu'Esther, à son retour du centre, et Etienne, né en 1963. Elle part en HAUTE-LOIRE et y rencontre Monsieur E..., avec lequel elle vient vivre en concubinage à Saint ETIENNE en 1970. Le concubin est lui-aussi éthylique chronique, la vie du couple n'est pas sans orages, et la mesure d'A. E. M. O. est poursuivie, sans grands effets, par les services de la Sauvegarde de la LOIRE. Esther reste chez ses "parents" jusqu'en 1973 : en effet son père l'enlève un jour à la sortie de l'école et l'emmène chez une de ses soeurs dans la DROME... quelques mois seulement car Esther se voit confiée à la Maison des Enfants de VALENCE par la D. D. A. S. S. de VALENCE, saisie de l'affaire. Esther y reste 6 mois, puis est confiée à la

.../...

D. D. A. S. S. de Saint ETIENNE et admise jusqu'en août 1974, au foyer de Saint GENEST-LERPT, sa mère ayant enfin pu la récupérer à cette date. A son retour, Esther découvre un petit frère, Jean-Louis né de la nouvelle union et objet de tous les soins. Esther est une enfant triste et renfermée, difficile, présente un retard intellectuel important.

- L'enfant

Malgré sa préoccupation apparemment réelle de la santé d'Esther, sa mère ne peut se retenir de la comparer au bébé joufflu et bien portant qu'est son dernier né. Née à terme, à la suite d'une grossesse et d'un accouchement sans problème, mais non désirée, Esther depuis sa toxicose a toujours été une enfant fragile, "en retard". Elle n'a marché qu'à 2 ans, n'a été propre qu'à 5 ans. Elle était souvent malade. "Elle a toujours trop réclamé". C'est actuellement une enfant renfermée, parfois "bizarre". Elle suit très difficilement à l'école : elle ne sait ni lire, ni écrire, ne compte que jusqu'à 10 sur ses doigts. Elle manifeste peu d'intérêt pour l'école.

- A l'entretien clinique, Esther se présente comme une enfant inhibée et craintive, très soumise, qui n'abandonnera qu'après un long temps son attitude anxieuse et réservée. Elle devient alors au contraire très coopérante, très proche dans son contact, quêtant une marque d'affection, heureuse de l'intérêt qu'on lui porte.

- A l'examen psychologique, elle présente un retard intellectuel de 3 ans, à la limite de la débilité mais les résultats sont meilleurs au test du Bonhomme qu'à l'épreuve des cubes de KOHS. Le retard scolaire est de 3 ans environ : elle ne sait pas écrire, la lecture est sous-syllabique.

- La personnalité est dominée par une

intense désir de régression orale que la mère ne peut suffisamment satisfaire, la présence du dernier-né vis à vis duquel Esther manifeste beaucoup d'agressivité, constituant une barrière à son avinité. (dans le test de Patte-noire, planche de la têtée, l'enfant dit : "ma mère est morte, je n'ai plus personne, j'ai très soif" et la mère répond : "ne bois pas trop".) Esther exprime un vécu d'abandon, de frustration avec réaction agressive et culpabilité à l'égard de la mère. Il y a dans le TAT et le Patte-noire, de nombreux thèmes de mort, l'expression d'une angoisse importante à l'évocation du père, un sentiment d'exclusion et de rejet

Malgré tout, Esther semble avoir trouvé un certain équilibre dans son foyer, dont témoigne l'harmonie et la couleur du dessin de la famille.

- En Conclusion

Il ne paraît pas nécessaire de revenir sur le rôle évidemment néfaste qu'ont pu jouer les 6 placements de cette enfant dans le déterminisme de son inadaptation mais plutôt de souligner leur inappropriation dans tous les cas. Le premier séjour à l'Hôpital lui-même, trop prolongé, l'a sans doute été pour éviter à l'enfant le contact d'une famille peu recommandable ?

Esther a été laissée dans sa famille à la suite de cette consultation, bien que la question ait été une fois de plus soulevée, en raison cette fois-ci de son retard intellectuel, d'un placement en internat spécialisé. La prise en charge de l'enfant sur le plan de la scolarité en classe spécialisée où elle est externe, une prise en charge médico-psychologique, ainsi qu'une tentative d'aider la mère, déconcertée par Esther et ambivalente à son égard, font espérer une amélioration, mais le pronostic à long terme, reste réservé.

JEAN-YVES - 10 ans

- Origine du signalement

Assistante Sociale de Secteur et Assistante Sociale Scolaire se sont émues de l'instabilité du couple parental et du retard scolaire de l'enfant.

- La famille

Elle est suivie depuis plusieurs années par les "services sociaux" dont les parents espéraient se débarrasser en déménageant, il y a 3 ans, de la région parisienne pour s'installer dans la LOIRE, en raison de l'éthylisme chronique de la mère et de la mésentente, souvent bruyante du couple.

Le père, âgé de 49 ans, est ouvrier qualifié en menuiserie ; il est apprécié de ses employeurs. S'il s'adonne sporadiquement à des excès de boissons, ceux-ci sont sans conséquence sur son travail, et il n'a jamais été question pour lui de se tempérer, bien qu'il suive un régime en raison d'un état cardiaque mauvais et d'un diabète.

La mère présente un retard physique et intellectuel assez important. Caractérielle, impulsive, opposante et opposée à toute tentative de soins, elle a néanmoins subi cinq séjours en Hôpital Psychiatrique pour cure de désintoxication de 1958 à 1971. Elle décrit sa propre enfance comme malheureuse. Jeune, elle a perdu son père, elle a quitté sa mère à 14 ans. Elle aurait fait une tentative de suicide en 1958.

La famille comporte quatre enfants :

- la fille aînée, 15 ans, est placée en IMP depuis 3 ans et rentre toutes les semaines chez ses parents,
- Roland, 13 ans 1/2, a été vu en consultation au Centre d'Hygiène Mentale en 1974. "Garçon éveillé, confiant, mais ne dévoilant rien de son for intérieur". Il présente

.../...

un retard scolaire évalué à 1 an. Il s'oppose maintenant à l'autorité du père (fugue) mais celui-ci nie toute difficulté avec son fils,

- Jean-Yves, 10 ans, serait de loin le préféré du père,

- Laurent, 7 ans, devra être suivi en dispensaire d'Hygiène Mentale pour rééducation psychomotrice : il présente un retard scolaire important alors qu'il obtient au test intellectuel des résultats discordants (QIV = 103 - QIP = 73). Il ne sait ni écrire, ni compter. C'est un enfant instable et anxieux.

L'éthylisme de la mère avancé par tous pour expliquer les difficultés semblerait être le terme d'échange essentiel du couple. Le père tente d'exercer un contrôle omnipotent sur sa femme et sur ses enfants : lui seul détient les clés, l'argent, les "papiers". Il revient à midi de son lieu de travail éloigné pour "surveiller son monde". Il règne apparemment en maître en bout de la table familiale, réservant la place à sa droite au fils préféré, Jean-Yves : il se fait servir par lui, le Cognac, avant d'en enfermer la bouteille dans le placard dont lui seul possède la clé. L'alcoolisme de la mère est évoqué en permanence pour justifier cette prise de pouvoir du père et paraît nécessaire à celui-ci pour qu'il puisse jouer un rôle autoritaire et viril. C'est lui-même d'ailleurs qui s'est opposé à une récente tentative de désintoxication de sa femme que celle-ci était, pour une fois, prête à effectuer.

Elle-même ne paraît pas d'ailleurs, impressionnée parce qu'il nous apparaît comme une tentative de son mari à faire croire qu'il est le "maître à bord". Dans la relation équivoque et agressive qui les oppose, la mère trouve également son compte et ses excès de boisson sont autant d'atteintes à l'autorité du père. Sa passivité n'est qu'apparente et elle sait mettre à profit les absences du mari.

Tous deux paraissent avoir une affection authentique pour leurs enfants mais entretiennent inconsciemment les rivalités fraternelles.

- L'enfant

Jean-Yves est le troisième enfant de la famille. Les renseignements qui concernent sa petite enfance sont pauvres : "il n'a pas posé de problèmes à ses parents". L'acquisition du langage, de la propreté diurne puis nocturne se sont faites à un âge normal. Comme souvent les parents ne peuvent signaler des particularités dans son développement. (phobies - insomnies etc...)

Son comportement à la maison est sans problèmes. C'est un garçon plutôt sage, ordonné, méticuleux, peu expansif. Il est le préféré du père qui le charge d'exercer en son absence de la surveillance de la mère et des frères et de lui en rapporter l'essentiel à son retour.

A l'école il s'est isolé en bout de classe. Il est lent, inhibé, cherche à passer inaperçu mais regrette que "le maître ne l'interroge pas plus souvent". Par contre, il participe aux jeux de ses camarades aux récréations. Ses résultats sont moyens. Il redouble son CM2.

Pourtant, il obtient un QI de 95 au WECHSLER pour enfant. Le niveau verbal est satisfaisant (103) mais sa lenteur, sa peur visible de mal faire limite ses possibilités pratiques (87). Son intelligence est normale au test du bonhomme.

A l'entretien clinique, Jean-Yves conserve une attitude extrêmement réservée. Très inhibé, il attend les "ordres", ne fait preuve d'aucune initiative. Les gestes sont lents, minutieux, mesurés. Il range chaque crayon dans sa boîte, après l'avoir utilisé et remet à sa place, en s'excusant, le calendrier de bureau qu'il a involontairement déplacé. Il n'est cependant pas méfiant, ni craintif.

.../...

Les dessins sont d'abord minuscules ; celui de la famille couvre à peine 2 cm² dans le coin droit de la feuille. Jean-Yves y représente trois personnages ; le fils au centre est le plus heureux "parce que les frères n'y sont pas !".

Le graphisme est normal, la surface couverte sur le papier étant de plus en plus importante dans les derniers dessins, au fur et à mesure que l'enfant se détend.

S'il reste toujours réservé dans son discours, quand on parle de la famille notamment, il prend un réel plaisir aux tests projectifs et fait preuve d'une grande imagination.

Les histoires qu'il imagine à partir des dessins sont à thèmes dépressifs d'échec et d'abandon : il conte l'histoire d'un homme dont les parents sont morts, seul dans une ville inconnue ; il passe devant une devanture illuminée de jouets. Il n'a plus d'argent : il va devoir mendier pour manger. Si personne ne l'aide, il mourra.

Dans la Patte-Noire, il exprime un attachement extrême à la mère, vécue comme nourricière et bonne, mais qu'il craint de perdre ("la mère va être emmenée, vendue, si elle meurt, il n'y aura plus de lait"). Le thème de l'abandon et de la mort maternelle est souvent repris, avec anxiété et culpabilité. Le père est présenté comme contraignant, interdisant les sentiments d'amour filial pour la mère ("le père, il surveille que Patte-Noire n'aille pas boire le lait de la mère avec les frères, comme il a soif, il lui donnera de l'eau").

Il craint également la mort du père, dont il rappelle qu'il est malade mais l'agressivité est manifeste envers lui (mais exclue de son discours conscient). Jean-Yves réagit avec anxiété à toutes les planches qui peuvent pour lui évoquer la séparation, l'abandon, la dispersion familiale.

Jean-Yves a des rêves fréquents, "tristes, où il arrive des malheurs...").

- Conclusion

Jean-Yves nous est apparu comme un enfant inhibé, déprimé, anxieux. Les disputes conjugales fréquentes entretiennent des fantasmes d'abandon, de mort et de solitude. L'agressivité envers le père n'est pas seulement le fait des conflits oedipiens de la période de latence, mais elle exprime aussi en réaction à l'attitude contraignante du père qui pratique un chantage affectif à son égard et lui interdit toute manifestation spontanée d'un désir. Les défenses utilisées de caractère obsessionnel, n'impliquent pas une évolution névrotique ultérieure dans ce sens. Des réactions ultérieures d'opposition marquées au père ne sont pas impossibles, ainsi qu'elles sont apparues chez le frère aîné à l'âge de 13 ans. Jean-Yves est surtout un enfant dépressif et anxieux.

Le niveau intellectuel, la richesse affective et fantasmatique nous paraissent des éléments favorables d'évolution.

La fixité des attitudes parentales et leur incompréhension totale des problèmes de l'enfant rendraient le pronostic plus réservé.

Une psychothérapie a été volontiers acceptée par l'enfant, mais, s'ils s'y sont soumis, n'a pas emporté l'adhésion des parents qui n'en saisissent ni la nature ni les raisons.

Il est à noter ici que l'autorité qui s'attache à l'intervention judiciaire a permis une consultation médico-psychologique de l'enfant (jusqu'à lors jamais envisagée) et une prise en charge médicale des deux enfants (Jean-Yves et Laurent) sinon des parents.

SANDRINE - 4 ans

- Origine du signalement

Le cas de Sandrine a été soumis aux services de protection judiciaire de l'Enfance par les services sociaux à la suite d'une hospitalisation de Sandrine pour une fracture de l'avant-bras. On la supposait consécutive à de mauvais traitements, ce que corroborait un signalement fait précédemment à l'école (fréquentes ecchymoses sur le visage de l'enfant).

- La famille

Monsieur et Madame P., tous deux âgés de 33 ans, se sont mariés en 1961. Ils ont eu quatre enfants de 1963 à 1968 ; (Ghislaine, Alain, Annick, Fabienne, respectivement âgés de 12, 10, 8, 7 ans). La famille est d'un niveau socio-culturel assez bas. La mère est sans profession. Le père, chauffeur s'adonne à la boisson, et , très instable dans son travail, change souvent d'employeur. Les périodes de chômage ne sont pas rares. Le revenu moyen de la famille est de 2000 francs par mois. La mécontente précoce du couple, la conduite volage du mari qui entretient une maîtresse dont il a une fille, aboutissent à la séparation en 1969. Madame P. va alors vivre chez sa mère avec Fabienne, puis dans un petit logement qu'elles n'ont pas quitté depuis. Les trois autres enfants ont été confiés à l'aide à l'enfance jusqu'en septembre 1972, date à laquelle Monsieur P. revient vivre avec sa femme et les enfants qu'ils ont demandé de reprendre. Alain seul, en raison d'un handicap intellectuel et de troubles du caractère est donc confié à l'I.M.P.R.O. de la Chaise-Dieu.

Le logement qu'occupe la famille est constitué de deux pièces : la cuisine où couchent les parents, une chambre pour les enfants. Le manque de confort et l'exiguïté des

lieux ne favorise^{nt} pas l'équilibre du couple, qui reste précaire. Les scènes de ménage sont fréquentes. Les époux entretiennent des relations sur un mode essentiellement sadomasochiste. La mésentente est enfin entretenue par la présence de Sandrine, née pendant la période de séparation d'une liaison de Madame P. avec une "rencontre". Monsieur P. a cependant reconnu cette fille adultérine.

- L'enfant

Sandrine (4 ans lors de la consultation), est née à terme, pesait 3,5 kg à la naissance. Elle n'était pas désirée par sa mère qui la confia à sa sortie de maternité à une nourrice, jusqu'à l'âge de 18 mois. Reprise par Madame P. lors du retour de son mari, elle en est séparée à nouveau pour une durée de 7 mois à la suite d'une fracture de l'avant-bras. La mère prétend qu'il s'agit d'une chute dans un escalier mais reconnaît être à l'origine des ecchymoses dont Sandrine est souvent porteuse. Les parents ne rendront aucune visite à Sandrine pendant la période de séparation.

Madame P. est une femme vive, à la main leste, qui "s'énerve facilement après ses enfants, surtout Sandrine". Elle ne sait rien du développement psychomoteur de sa fille qu'elle n'a élevée qu'à l'âge de 18 mois, mais elle insiste sur le fait que Sandrine a toujours été propre, ce qu'elle a constamment exigé d'elle.

A son retour, Sandrine a présenté une anorexie, qui persiste, intermittente, se renforçant quand la mère tente d'imposer le repas. Elle a des périodes d'insomnie. C'est une enfant sans dynamisme, peu bavarde. A la maison, elle s'isole, joue le plus souvent seule, avec quelques bouts de laine, dans un coin où la mère la fixe. Elle ne participe pas aux jeux de ses sœurs.

A l'école, elle ne quitte pas l'institutrice et n'a que des contacts limités avec les autres enfants.

Lors de la consultation, Sandrine s'est présentée comme une enfant menue, d'un poids insuffisant et d'une taille inférieure à la moyenne, le teint pâle, le cheveu blond et rare. Elle surprend par son immobilisme, son manque de curiosité pour ce qui l'entoure. Elle pourra rester, sans bouger, sur une chaise pendant les 45 minutes d'entretien avec la mère. Elle ne manifeste pourtant aucune peur, et une fois seule, après une période d'accoutumance assez brève, elle n'établit plus aucune distance dans son contact avec nous, prenant même un plaisir évident à l'intérêt qu'on lui porte (examen somatique notamment). Mais elle n'a, à aucun moment, une activité spontanée.

Cette enfant de 4 ans ne présente pas de retard d'acquisition motrice. L'examen neurologique n'a rien de significatif. La latéralisation n'est pas très précise, à dominante droite. Les rythmes ne sont pas acquis.

On est frappé par contre par l'importance des troubles du langage. Il s'agit d'un retard de parole et d'une dysphasie : les élisions et les inversions sont nombreuses. Le vocabulaire est pauvre. Elle n'utilise que peu de verbes, très peu les pronoms personnels. Autant de mécanismes de facilitation qui concourent à donner l'impression d'un parler "bébé".

Aux épreuves de Terman-Merrill, elle obtient un quotient intellectuel de 75. L'âge de base est de 2 ans. Le vocabulaire est celui d'un enfant de 2 ans 1/2. Le niveau obtenu paraît cependant inférieur aux capacités réelles de l'enfant, compte tenu de la bonne compréhension dont elle fait preuve.

Le graphisme est pauvre, mal structuré.

Dans le jeu, Sandrine fait preuve de peu d'imagination, d'une certaine inhabileté dans le maniement des objets qu'elle semble découvrir. Elle semble manquer "de pratique". (Sa mère reconnaît qu'elle ne lui laisse aucun matériel pour jouer. "Elle risquerait de salir".

- Conclusion et Evolution

Le cas de Sandrine sou lève le problème diagnostique d'une dysharmonie évolutive. Un tel diagnostic impliquerait des réserves quant à l'évolution. L'inadaptation de Sandrine paraît pouvoir être éclairée par les relations que sa mère entretient avec elle.

Il s'agit en effet pour Sandrine de manifester son existence "le moins possible". A la maison, il lui est en effet demandé de ne pas déranger : Madame P. a obtenu de Sandrine qu'elle s'habille et se déshabille seule, qu'elle range ses vêtements dans un placard, qu'elle se mette au lit quand elle rentre de l'école, jusqu'au repas. Les jours de repos, Sandrine passe le plus clair de son temps au lit. "Je m'en occupe pas, je l'aime moins que les autres parce que ce n'est pas moi qui l'ai élevée" dit sa mère. Sandrine née d'une liaison adultérine, pendant le temps de séparation des parents, est l'objet d'un rejet manifeste de la mère car la preuve intangible d'une faute que la mère voudrait effacer.

Quand le père se laisse aller à des gestes affectueux à l'égard de Sandrine (ce que sa mère reconnaît ne jamais faire), Madame P. lui rappelle aussitôt que "ses trois filles sont plus les siennes et qu'elles le regardent".

"Je ne supporte Sandrine - dit sa mère, en substance - que parce qu'on peut en faire ce qu'on veut..."

L'enfant a été séparée de sa famille et placée dans une institution dont le caractère "familial" nous est apparu après coup, excessif, en ce sens qu'elle prétend méconnaître les parents et les remplacer, ne tolérant qu'à regret notre insistance, pour que Sandrine puisse retourner dans sa famille quand celle-ci le désirait. Après une courte période régressive, Sandrine a fait depuis deux ans des progrès considérables. Lors de ses premiers

retours chez ses parents, la mère avait jugé opportun de garder aux mêmes périodes de vacances, les enfants de voisins ou d'amis... De fait, Madame P. se sentait obligée à l'égard de son mari et de l'équipe éducative de jouer le rôle de bonne mère, qui, à contre-cœur, aurait laissé "emmener" sa fille, acceptait le retour de Sandrine, contre son gré (retour que nous lui imposions à tort), et multipliait les comportements sadiques à l'égard de celle-ci. Ce n'est qu'à partir du moment où nous lui avons permis de refuser sa fille, lors des vacances, ou de la recevoir quand elle le désirait (même le week-end ce qui était contraire au fonctionnement de l'institution) qu'on put observer une amélioration de la relation entre la mère et l'enfant, quand celle-ci venait dans sa famille.

Par ailleurs, Madame P. a accepté de nous rencontrer régulièrement depuis un an, dans le but avoué de mettre au clair les distorsions qu'elle entretient dans ses rapports avec Sandrine, comme avec son mari. Ce dernier quant à lui refuse tout contact avec l'équipe éducative ou médico-psychologique.

Il est à noter enfin, que la situation particulière de Sandrine dans l'histoire familiale, l'exposait de manière privilégiée, les perturbations des parents et de leur couple pèsent également sur les autres enfants : Ghislaine, l'ainée qui jusqu'alors suivait une scolarité normale, n'a pu s'adapter aux difficultés du secondaire. Fabienne, 7 ans, est une enfant difficile instable, anxieuse, et présente un retard scolaire important.

FABIENNE - 6 ans 1/2

- La famille

Fabienne est l'avant dernière née de la famille. Elle a été séparée de celle-ci à l'âge de 2 ans, pendant cinq mois lorsque la séparation du couple et la recherche d'un logement par Madame P. lui imposa. C'est la préférée de Madame P. : "elle n'a pas été placée comme les autres, je l'ai entièrement élevée". Pourtant sa mère lui parle avec le même manque de chaleur et d'affection qu'à ses soeurs, et lui impose les mêmes contraintes : ne pas bouger, bien "se tenir", être propre, ne pas jouer dans la maison etc... Comme sa soeur Sandrine, "il faut la gronder pour qu'elle mange".

Fabienne a marché à un an, mais n'a bien parlé que vers 2 ans 1/2. Elle était propre à 1 an. Elle a toujours été une enfant instable et difficile. Des séances d'orthophonies avaient été ordonnées par un psychiatre à l'âge de 6 ans, en raison d'un retard de langage et de petits troubles de l'articulation. Fabienne n'a pu bénéficier de ces séances pour des raisons financières. Elle accuse un retard scolaire d'un an et redouble sa classe maternelle. Elle commence à savoir compter, n'écrit que son nom. Son vocabulaire est moyennement étendu. Les difficultés de prononciation semblent d'elles mêmes s'être améliorées mais il persiste un retard de langage. L'orientation dans le temps est correcte, plus aléatoire dans l'espace. Le niveau intellectuel nous paru limité, il a été coté à 75 au WISC, homogène dans ses composantes verbales et pratiques. On note d'assez nombreuses persévérations dans les réponses aux tests.

A l'entretien clinique Fabienne se montre assez à l'aise, détendue, avec un désir évident de bien faire mais parle toujours la main ou le bras devant la bouche. Elle étonne par le nombre de ses fabulations : qu'il s'agisse d'une épreuve

verbale et d'un dessin, la réponse initialement adaptée est poursuivie d'un monologue ou d'une série de graphisme vite incompréhensibles. L'élaboration fantasmatique communiquée au cours de l'entretien est très riche, traduisant l'anxiété et la dépression. Toutes ses relations avec son père et sa mère sont vécues sur un mode d'extrême agressivité réciproque. La mort de l'un des deux parents et le châtiment qui en résulte pour Fabienne, sont constamment présents dans les épreuves projectives. Les comportements de ses parents qu'elle évoque sont toujours répressifs. Le père est représenté par un éléphant qui se saoule, un chien qui mord. L'évocation de symboles de castration est fréquente. Une phobie scolaire en résolution paraît devoir être rattachée à la peur qu'exprime l'enfant d'être abandonnée. Il n'y a ni cauchemars, ni peurs. Fabienne se montre très jalouse de ses soeurs : elle a cependant seule le privilège de pouvoir aller jouer chez une tante la plupart des dimanches.

- Conclusion

Le milieu familial est assez typique de la présence de difficultés psychologiques permanentes liées à la personnalité des parents. Le niveau culturel bas de ces derniers n'est certes pas étranger au retard intellectuel et scolaire de Fabienne (comme il est survenu, mais à des périodes variables, chez les autres enfants) mais ce dernier grève d'autant plus l'avenir de l'enfant que ni son père ni sa mère ne portent grande attention à ses difficultés. L'essentiel des troubles nous semble devoir être mis au compte de carences affectives évidentes. Le pronostic nous paraît réservé. La structure nous a paru névrotique, pouvant évoluer vers une organisation pathologique du caractère.

ROLAND - 6 ans 1/2

Motivée par des troubles du comportement et des difficultés scolaires importantes, la consultation de Roland sous-entend un placement de l'enfant, demandé par la mère depuis deux ans déjà, placement que les travailleurs sociaux qui suivent sa famille, ont essayé d'éviter jusqu'alors.

- La famille : c'est un milieu très perturbé.

Le père, issu lui-même d'une famille dissociée, a été suivi par les services d'assistance éducative de la Sauvegarde jusqu'à l'âge de 18 ans. Du délinquant qu'il était alors, il a évolué vers la psychopathie et l'alcoolisme, reconduisant le comportement de son propre père. Ne travaillant que de manière sporadique, il a perdu toute qualification professionnelle. Abandonnant ses emplois sous les moindres prétextes, il dilapide, lorsqu'il travaille, la plus grande part de son salaire dans les débits de boisson. Il rentre souvent chez lui en état d'ivresse ; c'est alors qu'éclatent de violentes disputes entre les époux, qui mobilisent le commissariat de police voisin. Une tentative de suicide, quelques condamnations pour conduites en état d'ivresse (un accident) émaillent son histoire. Qu'il travaille ou pas, il consacre peu de temps à sa famille, préférant "vivre avec les copains". Il a eu une période assez stable, alors qu'il occupait un emploi qui l'obligeait à des déplacements réguliers d'une semaine, loin de la famille. Au temps de la consultation, il purge une peine de 3 mois de prison pour agression et tentative de vol sur la personne d'un passant.

En raison des difficultés financières extrêmes entraînées par l'instabilité du mari, la mère a fait, il y a 3 ans, une demande de tutelle aux allocations familiales. Une aide éducative fut alors proposée, acceptée par les deux époux.

Ancienne pupille de l'Assistance Publique, la mère est une personne dépressive et abandonnique, qui parvient tant que faire se peut, à assumer seule les responsabilités familiales. Elle a fait deux séjours en maison de repos, pour dépression depuis 3 ans. Elle a eu quatre enfants (6 ans 1/2 - 4 ans - 2 ans - 10 mois), dont les deux derniers n'ont pas été désirés en raison des difficultés conjugales. Elle consacre tout son temps aux enfants mais s'y épuise et demande depuis deux ans, le placement familial d'un ou de la totalité de ceux-ci, "pour pouvoir régler ses propres affaires" (elle dit vouloir divorcer). "Roland surtout l'encombre, c'est celui qu'elle aime le moins, parce qu'il est le préféré du père et de la belle famille."

- L'enfant

Roland est l'ainé de la fratrie. La grossesse et l'accouchement ont été normaux. Il a été nourri au biberon. Il a marché à 11 mois, parlé à 2 ans ; il a été propre à 2 ans et n'a jamais présenté d'énurésie ou d'encoprésie depuis. Par contre, il a toujours été anorexique, et en raison de son hypotrophie, le pédiatre propose un séjour de 2 mois en aérîum à l'âge de 2 ans. A son retour, il découvre qu'un frère est né, nourri au sein, qu'il "cherchera toujours à jeter des genoux de sa mère". L'anorexie se confirme, que la mère tente sans succès de réduire par "autorité". A 5 ans, il pèse 13 kg et un autre médecin le sépare de la famille pour une durée de 2 mois en maison de repos. Devenu progressivement instable et coléreux, taciturne, il se renferme et s'isole par instant. Il est à nouveau séparé de la famille lors des hospitalisations de la mère.

Il parle très mal, de manière souvent incompréhensible, ce qui irrite la mère, qui perd volontiers patience et parfois le gifle, (il nous expliquera lors de l'entretien qu' "à la maison, on peut pas parler").

Il est insomniaque depuis l'âge de deux ans. Le moindre bruit le réveille et cherche toujours à retarder l'heure du coucher. La mère, elle-même, dort très mal, attendant la nuit le retour du père et s'interrogeant sur son degré d'ébriété.

La fréquentation scolaire, irrégulière en maternelle est plus constante depuis son entrée en cours préparatoire. Mais l'apprentissage scolaire est catastrophique : il ne sait ni lire, ni écrire et compte très mal. Il est inhibé, taciturne, a de grandes difficultés de contact avec l'institutrice, alors qu'il joue assez volontiers avec les autres enfants.

A l'entretien clinique, il se présente comme un enfant chétif (1 m 09, 17 kg), inhibé, au regard suppliant, qui parle très peu, et mal, sur un ton monocorde. Mais il se détend progressivement, accepte les jeux, les dessins, les tests projectifs, et s'il présente un retard de langage et de parole évident, celui-ci apparaît moins important vers la fin de l'entretien, majoré initialement par les difficultés de contact. Il peut clairement évoquer en fin de consultation, ses insomnies ("la peur du Monsieur qui rentre la nuit") ses cauchemars ("un qui boit des canons, puis qui casse tout et les autres ont peur").

On ne retient de l'examen neurologique, que des difficultés d'orientation spatiale.

Aux tests de niveau intellectuel son Q.I. global au WISC est de 91, avec une dysharmonie nette entre les résultats obtenus à l'échelle verbale (78) et à l'échelle pratique (106). L'intelligence est normale au test du bonhomme de Goodenough. Le graphisme est celui d'un enfant de 6 ans.

Dans les tests projectifs (dessin de la famille, Fable de Düss, Test de Patte-Noire) se multiplient les thèmes d'abandon, de rejet, de culpabilité. La mère, seule des deux parents é être représentée dans le dessin de la famille est dessinée sans bras. Un bébé la sépare de Roland. La mère est toujours

présentée comme un personnage inaffectif et rejetant qui refuse de nourrir l'enfant (planche de la tétée dans Patte-Noire) et c'est le père qui parlois lui supplée. L'image de ce dernier est ambivalente, parfois affectueuse, d'autrefois agressive.

Dans les fables de Düss, la chute de l'oiseau aboutit à la mort dans une première version. Dans une seconde, "les parents emmènent l'oiseau, dans un coin, à l'Hôpital et le laissent". Roland exprime enfin souvent son vécu dramatique des séparations, avivé par la rivalité fraternelle, mais aussi l'anxiété face à la violence des conflits familiaux. Les maisons qu'il dessine, ont toujours deux portes : "une pour partir...".

- Conclusion

En l'absence de toute possibilité satisfaisante de soins permettant le maintien de Roland dans sa famille et devant la volonté de la mère de se "soulager" d'un enfant difficile, Roland sera placé dans une Institution, peu éloignée de son domicile, qui lui propose une prise en charge à la fois psychothérapique et de rééducation scolaire. Mais il n'a pas été encore posé en termes clairs, lors de la "réunion de synthèse", le problème des autres enfants (le second est encoprétique et énurétique depuis un an), alors que l'aide éducative jusqu'à présent s'est révélée inefficace et ne laisse pas entrevoir d'amélioration des difficultés familiales. Attendre de nouvelles difficultés, une autre demande de placement par la mère, est-ce la seule solution ou une solution hypocrite ? Sans doute une évaluation plus complète de la situation, comme des moyens, reste-elle à faire, mais qui ne permettra pas probablement de juger avec certitude de l'adéquation des interventions (ou non intervention) à venir.

AIME - 15 ans 1/2

- Origine de la consultation

Jeune adolescent d'origine campagnarde, Aimé était depuis deux ans suivi par un éducateur de la Sauvegarde à l'Enfance, en raison de vols et de fugues répétés depuis l'âge de 13 ans. Jusqu'alors ses conduites n'avaient pas outre mesure inquiété l'éducateur, ni les parents, tant elles paraissaient toujours réactionnelles à des conflits avec son père. Mais quand Aimé, au cours d'un passage dans une villa déserte où l'avaient entraîné des amis, fit main basse sur un fusil... chacun s'imagina qu'il voulait tuer son père. On fit appel au psychiatre pour apprécier le danger et juger de l'opportunité d'un placement.

- La famille

Le père exploitant agricole, est un homme fruste, emporté, taciturne, qui boit parfois de manière inconsidérée et bat sa femme. Celle-ci, ancienne pupille de l'Assistance Publique, subit avec fatalisme le caractère ombrageux de celui-ci qu'elle a épousé en secondes noces, son premier mari étant décédé. Le couple n'a qu'un enfant, Aimé. La mère est une femme vive, intelligente, très dévouée à son fils. Elle explique que les difficultés actuelles résident essentiellement dans l'incompréhension de son fils et de son mari, que ce dernier n'est pas facile à vivre, qu'il étouffe son fils, ne le laisse prendre aucune initiative, qu'il fait tout le contraire de ce qu'il faudrait, bref "qu'il ne comprend rien au conflit nécessaire entre les générations".

Certes, la mésentente entre Aimé et son père paraît évidente : Aimé ne peut rien entreprendre, rien proposer (notamment dans le travail de la ferme, "le père trouve toujours à y redire", "il faut qu'il donne toujours des ordres, alors

.../...

que le fils sait très bien ce qu'il a à faire". Aussi toutes les occasions sont bonnes pour s'opposer, surtout pendant la période d'hiver, où il y a peu de travaux aux champs. Le père possède par exemple une mobylette qu'il "bichonne" et entretient avec soin et qu'Aimé, qui n'en possède pas dérègle à loisir. Lorsque la colère du père est à son comble, Aimé fugue, parfois jusqu'au village voisin où il retrouve quelques camarades avec lesquels il charpade, le plus souvent part seul, un jour ou deux, à l'aventure, ou passe la nuit dans la grange voisine. Personne ne dit mot lors de son retour, la mère elle-même ne cherche plus à le faire revenir de la grange où chacun sait qu'il gîte, "car il lui faut son temps pour décider de revenir".

Aimé a suivi jusqu'à présent une scolarité très moyenne. Il était en classe de préapprentissage l'année dernière, mais il est si visiblement destiné à travailler à la ferme paternelle qu'il n'a pas été jugé nécessaire de l'obliger à poursuivre une scolarité à laquelle il ne trouvait aucun intérêt.

- l'adolescent

Aimé est un adolescent solide au visage terne, mal à l'aise, inhibé ; il ne répond, au début de l'entretien que par monosyllabes ou hochements de tête. Il paraît plus gêné que méfiant et se détend progressivement, heureux de trouver chez nous une attitude compréhensive, désireux de se faire connaître et comprendre. Il est d'une intelligence très moyenne et n'investit pas l'école ; "toute ma vie c'est la ferme." Il succèdera à son père, et s'entend très bien avec lui "quand il y a du travail et qu'il le laisse faire". Il ne supporte pas la ville, la foule ; il se sent plus en sécurité dans son milieu, solitaire ; il parle abondamment et avec un plaisir réel de son travail à la ferme, de ses projets dont il regrette qu'ils n'aient pas l'assentiment du père (faire un verger, avec plus de gros bestiaux etc...). Il trouve surtout une immense satisfaction (revanche) à être seul capable de réparer et de conduire

le tracteur familial (son père ne le peut pas). Il se sent alors très revalorisé.

Il n'est pas réticent à aborder le problème de ses vols dont il dit sans culpabilité apparente comme le désir "d'avoir des objets à lui, alors qu'il en a manqué quand il était plus petit". Les produits de ses vols n'ont souvent pas d'intérêt pratique pour lui, telle cette calculatrice électronique dont il ne savait se servir mais dont il aimait voir s'allumer les chiffres. Le vol a aussi pour sens d'agresser le père, toujours "mis dans ses états" par l'arrivée des gendarmes qui par contre n'impressionnent pas le fils. Il est à noter qu'Aimé n'a jamais volé d'engin motorisé, bien qu'il en désire un : le tracteur semble lui suffire, ou la mobylette du père qu'il rend si volontiers inutilisable.

Les examens de personnalité révèlent outre une certaine ambivalence vis-à-vis du père (agressivité, mais aussi quête d'identification virile), d'importants sentiments d'insuffisance et une lutte contre les tendances homosexuelles latentes. En ce sens, le vol du fusil nous paraît pouvoir être considéré comme une tentative de réassurance et d'affirmation virile - (il est à noter que le père en possède un, auquel Aimé aurait pu facilement avoir accès).

- Conclusion

Il nous est apparu dans cette observation que ce n'était pas tant le vol lui-même (l'enfant volait depuis 3 ans) mais sa qualité (vol d'un fusil) et sa signification agressive dans l'esprit des témoins, qui a mobilisé l'entourage d'Aimé et qui aurait pu le conduire dans quelque "internat de rééducation" non pas tant pour le punir, que pour supprimer un risque. Nous avons préféré rendre ce garçon à sa famille, à son milieu, tant il paraissait évident que là seulement, il pouvait se sentir en sécurité.

Le printemps revenu, le père et le fils ont repris de concert les travaux des champs et ce dernier en particulier a retrouvé "son" tracteur. L'entente paraît actuellement d'autant plus satisfaisante que le père paraît avoir été sensible à ce "coup de semonce". Pas de vols, ni de fugues depuis. Jusqu'au prochain hiver ?...

STEPHANE - 5 ans

La consultation a été demandée par l'éducateur chargé depuis deux ans et demi d'une mesure d'aide éducative, en raison de la maladie mentale des parents. Stéphane présente d'importants troubles du comportement qui ont justifié son exclusion de l'école maternelle.

- La famille

La mère, âgée de 32 ans est une débile mentale, des suites d'une méningite. Elle vivait à l'Hôpital Psychiatrique, jusqu'à son mariage en 1971. Une aide familiale a toujours dû la secourir depuis. Elle ne saurait vivre seule et ne quitte jamais son domicile "de peur de se perdre". Incapable d'élever seule ses enfants, elle ne savait lors de son mariage, ni préparer un biberon, ni les langer.

Le père a connu sa femme à l'Hôpital Psychiatrique et l'a épousée en faisant "le pari contre la société qu'il parviendrait à créer une famille normale" ; élevé à l'orphelinat où il avait été abandonné par une mère alcoolique, (son père qu'il a très peu connu est mort pendant la guerre d'ESPAGNE) il a connu ensuite la prison pour délinquance, puis l'asile comme toxicomane. Il a abandonné la drogue mais abuse de l'alcool. C'est un sujet psychotique, mythomane, violent qui présente de fréquents accès dépressifs. Intelligent, cultivé, il projette sur la société la responsabilité de toutes ses souffrances et s'est inscrit au parti anarchiste dont il est un membre actif. Ouvrier sans qualification, il travaille de manière irrégulière.

Le couple a eu deux enfants : Stéphane né en juin 1971 et Jean-Yves, en mai 1972, infirme moteur cérébral qui a dû être placé en institution spécialisée dès sa naissance. Le père ressent très douloureusement la naissance de ce fils anormal,

demande le placement de Stéphane alors âgé de 1 an et décide de se séparer de sa femme. Celle-ci retourne alors à l'Hôpital Psychiatrique. Pendant cette séparation, le père recueille alors une des soeurs de sa femme, également débile et dont la ressemblance est frappante avec sa femme. Il renoue bientôt avec cette dernière, la fait ressortir de l'Hôpital Psychiatrique et exige le retour de Stéphane placé à la D. D. A. S. S. Le juge des Enfants, le lui accorde, mais impose une mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert (A. E. M. O.), qui n'est initialement acceptée qu'avec réticence.

Depuis, le père partage son temps entre "ses deux femmes", qu'il méprise et maltraite bien qu'il nie toute agressivité (pourtant évidente dans son discours) à leur égard, des emplois irréguliers, des réunions politiques où il peut à loisir rationaliser et intellectualiser ses difficultés personnelles.

- L'Enfant

C'est un enfant en bonne santé physique, âgé de 5 ans, qui a toujours été décrit "vif et épanoui". Le développement psychomoteur a été normal aux dires des parents. Les premières difficultés ont été signalées à l'école maternelle : Stéphane inquiète vite par son instabilité, son comportement méfiant, agressif. Il s'isole volontiers, se tenant, sur le qui-vive, à l'écart des autres enfants. Il "fait le loup", montrant les dents, toutes griffes dehors, attaquant les élèves qui passent à sa portée, les mordant. Son activité destructrice n'étonne qu'à l'école. Les parents ne s'inquiètent pas en effet qu'il déchire le papier des murs, ou dilacère ses vêtements avec les dents. Par instant il est ailleurs, ne semble pas entendre quand on l'interpelle.

Sur le plan des activités, Stéphane, qui n'aime pas les jeux de groupe, se plaît à barbouiller

des feuilles de peinture. Il est incapable de faire une forme avec de la pâte à modeler qu'il émiette et disperse toujours. Il est malhabile dans le maniement des objets, s'habille difficilement. Il porte volontiers à la bouche ce qu'il trouve, terre ou cailloux.

A l'entretien, le comportement de l'enfant n'est adapté que de courts instants. Il est impossible de le tester. Il ne peut faire aucun dessin structuré, toute ébauche de dessin est aussitôt réduite à un gribouillis rageur. Très angoissé manifestement, sans qu'aucune de nos interventions n'y puisse rien modifier, il réagit avec violence, poussant de grands éclats de rire terrifiés, déchirant les feuilles de papier, enterrant les cubes dans les pots de fleurs, détruisant les objets mis à sa disposition, les projetant sur le mur jusqu'à ce qu'ils se brisent, avec des gestes mécaniques.

Les rares instants où il s'exprime verbalement, il surprend par la qualité de son vocabulaire, l'élaboration de son langage : verbes, pronoms, négations, ad-
verbes sont utilisés.

On remarque enfin une démarche particulière : les bras restent collés au corps, les talons sont posés en premier, il n'appuie jamais sur la pointe des pieds.

- Conclusion

Le diagnostic de troubles psychotiques paraît ici s'imposer. La maîtresse de l'école maternelle qui trouvait Stéphane "très déconcertant", incriminait une carence de discipline des parents, et prévoyait de le refuser de sa classe en raison des perturbations qu'il y entraînait, ce que le père criait comme une persécution nouvelle d'une société injuste. Mais l'autodidacte qu'il était s'inquiétait peu du fait que Stéphane n'aille momentanément pas à l'école. Bien qu'il

nous signale spontanément les fréquentes tentatives de son fils d'étrangler les chats ou de leur casser les pattes, le père ne voit dans les excès d'agressivité de Stéphane que la manifestation "d'une vivacité et d'une spontanéité de bon aloi". "Seule ma femme n'arrive pas à se débrouiller avec lui" précise-t-il avec un certain plaisir. Mais ni lui, ni la mère ne sont prêts d'admettre que Stéphane soit malade : elle se sait une abandonnée en suspens et nous a prévenu qu'il ne saurait supporter un nouveau démenti à son pari d'avoir une famille normale. Lors de l'entretien que nous avons eu avec le père, avant la consultation de Stéphane, il nous a par ailleurs, fait comprendre que Stéphane agissait en fait sa propre agressivité à l'égard de sa femme et qu'il constituait le seul élément d'équilibre (précaire) du couple.

Nous n'avons pu revoir jusqu'à aujourd'hui les parents de Stéphane, qui refusent manifestement d'entendre les conclusions de la consultation. Si la contrainte, qu'exerce sur eux la mesure d'aide "judiciaire", a seule pu les mobiliser et leur faire accepter que leur fils soit vu par un psychiatre, rien n'a pu être fait depuis pour Stéphane, malgré la "pression judiciaire", car l'éducateur lui-même, qui avait pris à son compte le pari du père, très culpabilisé par les troubles mis à jour, pense-t-il, par la consultation qu'il a suscitée et craignant le pire pour l'équilibre familial, refuse actuellement de réintervenir...

SAÏD - 13 ans

La consultation demandée par le Juge des enfants a pour but de déterminer si la réintégration de ce jeune adolescent délinquant dans sa famille, est envisageable, après l'échec de plusieurs tentatives de placement.

Saïd est le septième enfant d'une famille algérienne qui en comporte douze. Seuls les garçons semblent compter dans cette famille où le père, débordé, tente d'imposer un mode de vie très traditionnel ; ancien militaire, d'un caractère violent et emporté, il vit d'une pension d'invalidité militaire. Il fait de fréquents épisodes dépressifs qui le conduisent à des hospitalisations d'un mois ou deux, en milieu psychiatrique ou en maison de repos. Ses tentatives à contraindre ses fils à une soumission absolue ont échoué pour chacun d'eux, dès qu'ils ont été en âge de manifester leur opposition à un mode d'éducation d'une rigueur abusive. Des conflits l'opposent en permanence à ses 6 fils dont l'âge s'étend de 13 à 20 ans. Les aînés en viennent souvent aux mains et maltraitent leur père, d'autant plus que celui-ci tente de tourner sa vindicte vers la mère. Celle-ci fait l'objet d'une véritable dévotion de la part de tous les fils, dont les deux aînés travaillent et rapportent leur paye dans son intégralité à la mère, qui gère le foyer, alors que le père est décrit par ses enfants comme l'inutile, le malade ; ("un maigre au visage ridé qui ne mange que des médicaments" nous dira de lui Saïd). L'ensemble de la famille vit dans des conditions matérielles assez déplorables, dans un quartier dont la population est essentiellement nord-africaine.

- L'enfant

Il a toujours vécu dans le "clan" familial jusqu'à l'âge de 12 ans. La fréquentation scolaire irrégulière de l'école, son appartenance à une bande de jeunes

.../...

adolescents désœuvrés et voleurs avaient poussé son père à faire intervenir le juge des Enfants, pour obtenir de Saïd un amendement à sa conduite que lui-même ne pouvait imposer. Mais la comparution devant la Justice n'avait pas empêché Saïd de poursuivre ses vols (véhicules, numéraires dans les vestiaires de l'école, dans les grands magasins) seul ou avec "la bande" dont il était un des meneurs malgré son jeune âge. Au contraire Saïd manifestait de plus en plus violemment son intolérance aux frustrations de tout ordre, par "des crises d'énervement" dans sa famille ou à l'école. Deux essais de placement en internat l'un éloigné, l'autre assez proche de la famille, échouèrent, soit en raison de fugues répétées, soit du refus total de la scolarité. La nécessité d'une nouvelle orientation justifie alors une consultation à la Sauvegarde de l'Enfance.

A l'entretien, Saïd se présente comme un adolescent au visage très fin, harmonieux, dont il joue beaucoup pour séduire. Il conserve une attitude très à l'aise, détachée, un rien méprisante mais toujours séductrice. Il ne manifeste aucune gêne ni culpabilité des vols ou des destructions qu'il a commis. Il reconnaît sa totale intolérance à la contrainte ou à la frustration et la facilité avec laquelle il passe à l'acte. Il ne peut différer ses désirs et les satisfait d'autant plus volontiers qu'il ressent le milieu qui l'entoure comme hostile, rejetant et raciste et qu'il peut par ses vols ou ses "casses" manifester son agressivité pour le hors-famille. Le but compensatoire, revalorisant (au niveau de la bande qui l'admire) de ses passages à l'acte est manifeste de même que le besoin de se présenter comme "le plus fort", sans inquiétude pour l'avenir (projets plus ou moins mégalomaniaques) sans crainte des conséquences de ses conduites ("ça m'est égal, je m'en sortirai toujours, je les aurai... etc...), nous semble témoigner de sa fragilité narcissique. Les thèmes d'abandon et le sentiment d'incomplétude sont manifestes dans les projectifs

.../...

qui témoignent d'un fond de personnalité anxieuse et insécurisée.

Bien qu'en apparence très détaché dans son discours, Saïd supporte en fait très difficilement ses échecs scolaires et son impossibilité à s'y montrer le meilleur.

Le niveau moyen intellectuel obtenu au WAIS est de 89, le Q.I. pratique à 103 paraissant mieux témoigner de ses capacités réelles que le niveau verbal (78) que minorent le contexte socio-culturel défavorisé, l'absentéisme scolaire. Les réponses données le sont de manières impulsives, l'aptitude à la généralisation, à la réflexion insuffisantes.

Dans le T.A.T., Saïd décrit de nombreuses scènes de violences, de crimes, dont le héros auquel il s'identifie, se sort sans culpabilité, acceptant les risques que sa conduite implique. Il ne paraît avoir intégré aucun surmoi social, n'accepte aucune autorité. Il ne saurait se soumettre à celle de son père dont il présente une image dévalorisée et vis-à-vis duquel il exprime une agressivité massive. Par contre, il ne peut se détacher de la mère, témoignant d'une angoisse importante à l'évocation de toute séparation. Le monde est vécu de manière persécutoire et il souligne son incapacité à nouer une relation véritable avec autrui. Il lui faudrait être très fort et sur de lui pour éviter "de se faire avoir". Le besoin de s'affirmer paraît aussi dans les dessins démesurément grands qu'il trace, qu'il signe... Il envisage des professions auxquelles il n'accèdera jamais (il songe entre autre, "au métier de Président"), dans le but "de ramener beaucoup d'argent à la maison, comme les frères aînés, pour la mère".

- Conclusion

Le retour de Saïd dans sa famille nous paraissait s'imposer, car c'est avec beaucoup d'angoisse qu'il avait vécu les séparations précédentes. Son manque d'auto-

nomie du moi et dès lors sa dépendance à l'égard du milieu, comme son vécu hostile de "l'extérieur" nous a paru assez caractéristique, comme la signification de ses conduites anti-sociales. Mais par cette observation nous voulions surtout rappeler les difficultés que nous avons rencontrées dans la recherche des solutions de prise en charge de tels enfants délinquants, d'autant que nous nous sommes ici heurtés à l'incompréhension et l'ambivalence de la famille à l'égard de celles-ci. Le père de Saïd, entre autres, qui s'était "blanchi" de toute responsabilité dans son appel au Juge des Enfants, trouvait des satisfactions inconscientes aux conduites délinquantes du fils, car il se sentait lui-même diminué et exploité par la société qui l'entourait.

Saïd a accepté une proposition de psychothérapie, d'autant qu'elle ne satisfaisait pas son père que nous avons dû détromper sur sa nature (il pensait soit à des consultations régulières où l'on aurait donné des médicaments à son fils "fou et malade", soit à des séances de "morale par une sorte de juge"). Saïd paraît s'en satisfaire. Un changement d'école et de fréquentes rencontres entre éducateur et professeur ont permis une meilleure intégration de Saïd dans la classe, où il dit "trouver son compte". Les progrès sont satisfaisants et Saïd envisage une classe pré-professionnelle pour l'année prochaine.

RICHARD - 9 ans 1/2

- Origine du signalement

C'est l'assistante sociale de Secteur qui signale le cas de Richard au Juge des Enfants. La fréquence et la violence des disputes qui opposent les parents lui font demander un placement pour Richard, fils unique du couple, jugé "anormal, incapable d'éduquer leur enfant".

- La famille

La mère depuis 5 ans, gère un café situé au dessous du domicile conjugal. Le bras gauche paralysé depuis l'âge de 9 ans à la suite d'un accident, enfant d'une famille nombreuse, c'est une femme aigrie, revendicatrice, qui se plaît plus à régner sur son bar qu'à jouer son rôle de mère. Peu intelligente, vindicative, elle se complait à évoquer, sans qu'on puisse jamais l'arrêter, ses multiples griefs à l'encontre de son mari ; chacun est pris à témoin de ses malheurs passés et actuels, la présence du mari ne faisant qu'aviver sa vindicte.

Celui-ci, lorsque quelqu'un est présent (entre autre médecin ou assistante sociale) supporte sans broncher ces flots de reproches, voire se "reconnait des torts", mais règle ses comptes une fois seul avec sa femme, et d'autant plus qu'il a bu. Ce qui n'est pas rare. Les coups pleuvent, que la mère semble attirer à loisir. A plusieurs reprises, il a fallu hospitaliser la mère "laissée sur le carreau". C'est Richard, 9 ans qui se charge de prévenir pompiers ou ambulances.

Le père, employé de la voirie, aurait des aventures. Fils de parents divorcés, il dit avoir souffert de cette situation particulière et refuse, pour son fils Richard, de "faire comme ses parents". Pourtant, les demandes de divorces ont été nombreuses, toujours remises à plus tard. Lors

de la dernière tentative de séparation, la mère a obtenu une aide financière de ses parents qui lui a permis de louer un nouvel appartement, pour y vivre une fois "débarassée" de son mari.

L'abandon de la gérance permettait à la mère, plus de temps à consacrer à son fils. En fait, le couple a accepté la conciliation et s'est installé dans le nouveau logement.

A l'égard de Richard, la mère se conduit de manière très ambivalente : parfois très agressive envers lui : "c'est bien un homme", "c'est un bon à rien comme son père", elle le couve d'autres fois comme un nourrisson. Mais elle s'occupe en général très peu de ses besoins, de sa scolarité. Par contre, elle lui sait gré de la protéger, de la soutenir quand le père est violent et cherche toujours à lui faire prendre son parti.

Le père a une attitude plus cohérente et constante : il accorde à son fils beaucoup de son temps : pour jouer au ballon, s'intéresser à sa scolarité. Il refuse de l'impliquer dans les conflits conjugaux. Mais s'il dit tout faire pour lui, et pouvoir seul "s'en sortir", c'est un faible qui reste incapable de tempérer son alcoolisme ou sa violence.

- L'enfant

Richard a neuf ans et demi le jour de la consultation. Il s'y est présenté seul. C'est un enfant en bonne santé physique, souriant, poli, d'emblée à l'aise.

Les parents nous signaleront une naissance à terme après une grossesse sans problème, désirée par le couple. Le développement psychomoteur a été normal. L'enfance s'est déroulée apparemment sans difficulté. Rien n'est

évoqué par les parents : anorexies, insomnies, phobies etc ...

En raison d'un retard scolaire, Richard a du être mis l'année dernière en cours de perfectionnement. La nouvelle orientation lui profite, les progrès importants constatés font envisager un retour dans une filière normale, l'évolution se poursuit favorablement cette année encore.

A l'école son comportement est satisfaisant (attention-discipline) Il aime beaucoup participer aux jeux. Il a laissé camarades et instituteur dans l'ignorance de ses difficultés.

Il obtient un QI limite au WECHSLER pour enfant (82), homogène dans ses composantes verbales et pratiques qui contrastent avec une certaine facilité d'élocution, l'utilisation d'un vocabulaire varié et adapté. Les connaissances font pourtant défaut au niveau des tests, en rapport avec le bas niveau culturel et le caractère peu stimulant du milieu familial.

A l'examen clinique, structuration temporo-spatiale, schéma corporel, latéralisation sont satisfaisants.

Le graphisme est un peu "simpliste". Dans le dessin de la famille, Richard se représente entre père et mère.

S'il parle avec réticence des scènes conjugales, il insiste sur son rôle de modérateur et de protecteur de la mère qui le valorise.

Il participe volontiers aux tests projectifs. Il donne une très bonne image de son père : celui qui compte le plus, qui le protège dans la difficulté. (Le père vient chercher l'oiseau tombé du nid dans la première fable de Düss). C'est "le plus gentil du dessin de la famille, celui auquel il cherche à s'identifier dans une quête virile".

("Je fais comme papa. Je me défends comme lui"). A l'opposé, les sentiments exprimés à l'égard de la mère sont ambivalents, souvent agressifs : mère nerveuse, agressive, qui compterait trop sur les autres (sur lui) et donnerait peu d'elle même (dans le test de Patte-Noire). Il exprime son anxiété du devenir de la famille, la peur des séparations, (des enfants qu'on "arrache" à leur parents dans Patte-Noire). Dans le test des phrases à compléter, Richard se présente comme "j'ai eu une enfance traumatisée". Son rêve : "une famille où ils seraient tous heureux" et de nous raconter un dimanche idyllique : promenade avec les parents, jeu de ballon avec le père, préparation du repas avec la mère, repas "familial".

- Conclusion

Nous n'avons pas souscrit à la demande de placement. Richard a exprimé trop d'angoisse à l'idée d'une séparation : "que va-t-il se passer si je ne suis pas là". Richard pense que sa présence permet seule qu'existe un minimum de cohésion familiale. Les espoirs à cet égard sont sans limites. Partir, c'est favoriser le risque d'un divorce (et qui devrait-il choisir ?) c'est aussi, bien exprimé par lui, le risque "qu'il arrive quelque chose de grave à sa mère", qu'il ne pourra pas éviter. La réalité est certes angoissante mais il peut la contrôler, la voir, intervenir, être actif, ce qui le rassure. Eloigné, il ne peut que fantasmer des scènes plus terribles encore sans possibilité de réassurance.

Nous pensions, avant de voir Richard, au su des scènes de violence et de la vie désordonnée des époux, rencontrer un enfant beaucoup plus perturbé. L'instabilité du couple parental n'est certes pas étrangère au retard scolaire, elle est une préoccupation journalière pour

Richard . Il reste cependant un garçon ouvert, joueur, capable d'espoir, d'une grande sociabilité, insécurisé mais non dépressif . Ce qui nous paraît ici avoir sauvegardé l'essentiel chez cet enfant est l'intérêt et l'affection véritable des parents, entre autre du père, qui jamais ne font de Richard l'enjeu de leur querelle et cherchent malgré tout à le préserver de leur incohérence . L'abandon de la gérance du café a été faite en ce sens, malgré les difficultés financières qu'elle implique, compte tenu du salaire peu élevé (1 800 F) du père . L'histoire de la famille pouvait initialement ressembler à celle de beaucoup d'autres cas sociaux que nous avons rencontrés . Ce qui singularise celle-ci et nous paraît devoir justifier un pronostic plus favorable, c'est la relation de l'enfant et de ses parents, et l'intérêt que ceux-ci lui porte . En a témoigné l'acceptation par les parents d'une aide éducative qui s'est révélée positive .

JEAN-FRANÇOIS - 15 ans

- Origine de consultation

Celle-ci a été demandée par un éducateur qui suit depuis un an Jean-François, jeune adolescent de 15 ans, en vue de déterminer l'orientation professionnelle de ce dernier. La scolarité de Jean-François devra être poursuivie en internat car depuis 3 ans, sa mère refuse le maintien de son fils dans sa famille.

- L'histoire de la famille

Celle-ci est complexe et dramatique.

Le milieu familial, très fruste, a toujours vécu en marge des règles établies. Enceinte de Jean-François, à la suite de relations incestueuses avec son propre père, la mère, que l'entourage considère comme "plutôt débile", épouse le frère de son père (le grand-oncle de Jean-François). Jean-François connaît ses origines mais, d'après sa mère, considérera toujours son mari comme son vrai père. Deux ans après le mariage, un second fils naît Eric (1963), puis un troisième, 6 ans plus tard, Hubert, que ses parents refuseront longtemps d'hospitaliser malgré un nanisme et un retard psychomoteur important. Depuis 1966, la famille est suivie par les services de la Protection Maternelle et Infantile, car les soins d'hygiène laissent à désirer. D'après la mère, le père d'Eric et d'Hubert était un "homme sournois et violent qui battait les enfants et la maltraitait. Les ressources du foyer sont minimales : 1 500 F par mois (retraite du mari et invalidité de la mère).

En octobre 1972, Jean-François qu'accompagne son frère Eric, va jouer sur le terrain vague qui longe leur maison, sans en demander la permission aux parents,

.../...

qui d'habitude le lui interdisent. Au retour de Jean-François, qui a perdu de vue son frère cadet, celui-ci reste introuvable. Il sera découvert, étranglé, quelques jours plus tard, à plusieurs kilomètres de son domicile. Les parents rejettent ouvertement la faute de cette mort sur Jean-François et le placent dans une maison d'Enfants de Janvier 1973 à Juin 1975. Après quelques fugues et un refus scolaire transitoire, Jean-François semble s'être assez bien adapté à la vie d'internat. Il retourne régulièrement dans sa famille.

Au mois de février 1975, le père décède d'une péricardite, mais pour Jean-François, "il avait perdu le goût (à la vie ?), il sortait au froid, au chaud, c'est de ça qu'il est devenu malade et qu'il est mort".

En raison de son âge, Jean-François quitte la maison d'Enfant en juin 1975 et devient interne dans un C. E. T. éloigné de son domicile. Il n'y pose apparemment pas de problème à ses professeurs.

- Jean-François

Il est né au terme d'une grossesse sans histoire. Il marche vers 18 mois, parle de manière intelligible vers la même époque. Il présente une courte période de régression (surtout au niveau du langage) après la naissance de son frère Eric. Il n'acquiert la propreté qu'après 6 ans malgré les fessées et les menaces de la mère : "si tu fais dans la culotte, je te coupe la bébête et je te laisse dans la cave". Celle-ci le considère comme un enfant facile, jusqu'à l'âge de 12 ans. Après le décès de son frère, il devient intolérable, il fait des cauchemars ("lui qui dormait si bien") et mange peu alors qu'il a toujours été un enfant gourmand et plein d'appétit. Après le décès du père, il devient "tout à fait impossible" lors de ses séjours chez sa mère : il l'insulte, la malmène, comme son

père le faisait auparavant. Pourtant il semble à la même époque bien adapté à l'internat. Il y commet quelques vols qui cesseront bientôt et qui sont mis sur le compte de "la mauvaise fréquentation d'un camarade algérien" (dit la mère).

Pour sa mère, "Jean-François est tombé malade de la tête depuis le décès de son frère". La mère dont les capacités intellectuelles paraissent effectivement limitées, nous semble surtout avoir à l'égard de son fils des attitudes très ambivalentes et contradictoires, par instant très protectrice, à d'autres, très sadique ; elle nous laisse supposer, au cours de l'entretien, qu'elle a très peur des désirs qu'elle éprouve pour son aîné, et qu'elle oscille entre un attachement pathologique à Jean-François et une attitude agressive de rejet.

A l'entretien, Jean-François se présente comme un adolescent de taille moyenne, terne et morose ; d'abord réticent, gêné, il se détend par la suite, exprimant assez ouvertement ses sentiments, faisant part de ses rêves, de ses fantaisies rêvassées, mais se renferme par instant dans d'insupportables silences. La même alternance d'aisance et de blocages s'observe lors de la passation des tests.

Son niveau intellectuel se révèle moyen au WECHSLER : 78 au niveau verbal mais 100 au niveau pratique. Il se destine au métier de mécanicien.

Mais avant tout, c'est un garçon dépressif, dont la culpabilité est manifeste : "avant je rêvais de choses agréables, des histoires de grandes familles qui allaient en pique-nique. Maintenant, ce n'est plus possible, je n'y ai plus droit. Je fais des cauchemars : une voiture se précipite sur mon petit frère, il fait plusieurs tonneaux, mais la voiture continue de lui rouler dessus... alors je me réveille pour vérifier qu'il est encore là." La culpabilité est d'autant plus profonde que la réalité a rejoint ses fantasmes et son désir de mort à l'égard d'un frère cadet vécu comme un rival et

qu'il reconnaît ne pas avoir aimé , (ce qu'il exprime nettement dans les Fables de Düss).

Il fait souvent un autre rêve :
"je suis avec mon père, il tombe, sa peau se dessèche, il m'entraîne, me mange, j'ai peur..."

Les thèmes de mort, de séparation sont prédominants dans le T. A. T.

- Planche 3 BM : "un petit garçon est seul chez lui, dans sa chambre, le père et la mère sont partis. Il doit penser que ses copains, eux, sont contents chez eux..."

- Planche 12 M : "un jeune homme est au chevet de sa mère qui va mourir. Il veut lui toucher la figure avec sa main pour voir, si elle n'est pas encore morte."

Passé et présent sont confondus, l'avenir n'est pas envisagé de façon déréelle, mégalomane (dans le test des phrases à compléter de BONNET, dans le RORSCHACH par ailleurs peu significatif, dans le T. A. T.

- Planche 7 BM : "un fils et son père qui se parlent. Ils doivent parler du futur quand ils étaient jeunes..."

Dans le dessin de la famille, trois personnages aux visages tristes, représentés de profil : le père tient la mère par les épaules. Devant celle-ci, une petite fille juchée sur un siège que la mère paraît pousser (pour qu'elle chute ?)

On est enfin frappé par certaines réponses incompréhensibles, incohérentes dans le T. A. T., les fréquents blocages lorsque Jean-François commence à évoquer son agressivité à l'égard de son père comme de la mère, son besoin de réparer ("je demanderai à la fin de ressusciter mon père et

mon frère"). Mais s'il manifeste une angoisse importante à l'évocation de la mort de ses proches dans les tests, dans l'évocation des rêves, il relate par contre le décès de son frère au cours de l'entretien avec une neutralité et une indifférence qui surprennent. Par instant, le discours paraît déréel, discordant.

En fait, Jean-François, qui n'investit aucunement sa scolarité, insiste seulement pour "retrouver sa mère et rester à la maison".

- En conclusion

Nous avons penché pour un diagnostic de structure de type psychotique chez cet adolescent, par ailleurs profondément déprimé et angoissé. Malgré son désir de retrouver sa mère, il nous a paru plus opportun de le maintenir dans un internat, tant les relations entre la mère et le fils paraissent ambivalentes et génératrices d'angoisse pour ce dernier. Nous avons proposé que Jean-François soit suivi au Dispensaire d'Hygiène Mentale de Secteur mais le pronostic à long terme nous paraît très réservé.

TROISIEME PARTIE

=====

A I D E S O C I A L E E T P R O T E C T I O N

J U D I C I A I R E D E L ' E N F A N C E

L'Aide à l'Enfance prend, on l'a vu au travers de ce qui précède, des formes multiples. Certains enfants, en raison des dangers que les circonstances de leur vie actuelle font courir à leur sécurité, à leur santé physique, affective ou psychologique, réclament une aide, que leur famille ressortisse ou non à la catégorie dite des cas sociaux. Mais lorsqu'elles s'appliquent à de telles familles, les interventions faites au titre de l'Aide Sociale sont d'autant plus volontiers critiquables :

- soit que les familles, qui cherchent à tout prix à éviter les Services Sociaux et s'opposent à eux, rendent irréalisables ou inefficaces des mesures adaptées à leurs besoins ;

- soit qu'elles se révèlent au contraire incapables de se défendre et supportent des modes d'assistance qu'aucune famille structurée n'accepterait pour ses enfants.

Avant de rendre compte de la diversité de ces modes d'assistance, en partant des principaux types d'intervention, il nous a paru utile de rappeler brièvement quelques notions générales concernant l'Aide à l'Enfance et la complexité des problèmes qu'elle sous-entend.

I - GENERALITES

A - AIDE A L'ENFANCE : UN DOMAINE POLITIQUEMENT ORPHELIN

Si l'opinion politique s'attendrit facilement sur des cas individuels lorsque l'actualité lui en donne l'occasion, elle est tout aussi prompte à les oublier et méconnaître dans sa grande majorité, l'importance des problèmes posés.

Par ailleurs, une réussite dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance n'est pas politiquement rentable pour un gouvernement : il est particulièrement difficile d'en donner des preuves chiffrées ou objectives, la réussite ne pourrait s'y juger qu'à terme.

La même difficulté existe au sein des collectivités locales, auxquelles on a pensé déléguer une grande partie de ces responsabilités : les résultats se jugent en termes qualitatifs et ne peuvent être exploités. Les moyens à mettre en oeuvre sont sans commune mesure avec les résultats. Le seul effet immédiat d'un éventuel effort particulier d'aide à l'Enfance est la construction d'établissements d'accueil, et ceux-ci ne sont pas toujours bien acceptés. L'opinion locale en attend des résultats immédiats et limités : le maintien de l'ordre et la disparition de sa vue des enfants trouvés et des jeunes délinquants.

B - IMPORTANCE NUMERIQUE ET CONSEQUENCES ECONOMIQUES

Le nombre des enfants pris en charge par les Services Sociaux est sans cesse croissant et les conséquences économiques d'un tel phénomène ne sont plus à démontrer : coût des moyens à mettre en oeuvre pour éviter les inadaptations juvéniles, coût des répercussions socioéconomiques de celles-ci.

Au 1er janvier 1970, 653 518 enfants étaient bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance :

- 228 285 constituaient la catégorie des pupilles ou assimilés. Ces derniers sont divisés en 3 groupes au point de vue administratif : pupilles, enfants en garde ou recueillis temporaires. Ils relèvent tous de la tutelle de l'administration qui se charge de leur éducation.

- 251 411 étaient secourus : ils

restaient alors dans leur milieu familial. L'action de l'administration se limite dans ce cas à une prise en charge financière et socio-éducative.

- 173 822 étaient des enfants surveillés.

Cet ensemble représentait 3,9 % de la population française de moins de 20 ans. Les calculs statistiques prévoient que les jeunes relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance seront 810 000 environ en 1980, soit 4,6 % de la population française de moins de 20 ans. Ces chiffres ne sont qu'un reflet partiel du nombre réel d'enfants et d'adolescents en danger. Ils ne concernent que les enfants relevant de l'A. S. E. On note par ailleurs que 70 000 enfants font chaque année l'objet d'un jugement au titre de l'ordonnance de 1958 relative à l'Enfance en danger.

Nous sommes donc et nous serons encore plus dans un avenir immédiat, devant un phénomène majeur par son importance quantitative. Il comporte également des aspects qualitatifs qui méritent attention et qui tiennent notamment à la complexité des structures d'aide.

C - LA COMPLEXITE DES STRUCTURES ET LES DIFFICULTES DE COORDINATION

Les structures d'aide ou de protection de l'enfance sont caractérisées par le rôle fondamental des administrations. Deux d'entre elles sont essentiellement compétentes en la matière : le Ministère de la Santé Publique (avec l'A. S. E.), la Justice d'autre part. Outre que chacune d'elles a ses traditions propres et sa logique interne, et que chacune est marquée par le poids du passé, autant de facteurs qui imprègnent encore leur fonctionnement, leurs réactions vis à

vis des enfants et de leurs familles, qui ne facilitent pas la coordination de leurs actions respectives, la collaboration nécessaire d'organismes privés à l'aide à l'Enfance complexifient de surcroît l'organisation (et la compréhension) de cette dernière.

L'Aide à l'Enfance ne peut d'autre part être dissociée :

- de l'Aide à l'Enfance Inadaptée (A. E. I.), à la tutelle de laquelle participe également le Ministère de l'Education Nationale. Compte tenu de la quasi constance des inadaptations chez les enfants ou adolescents pris en charge par l'A. S. E. et la Justice, on ne s'étonnera pas du recours fréquent à des établissements ou services spécialisés de réadaptation (ce recours relève parfois d'un véritable automatisme).

- de l'ensemble des modalités d'assistance sociale aux familles, car une politique en matière d'aide à l'Enfance ne peut être traitée comme un problème particulier affectant une catégorie de population déterminée. Ainsi s'explique la multiplicité des travailleurs sociaux ou des services qui sont amenés, de près ou de loin, successivement ou au même moment à intervenir pour une même famille ou un même enfant : assistante sociale de secteur, assistante scolaire, assistante sociale hospitalière, service de Prévention de la D. D. A. S. S. ou de prévention Judiciaire, éducateur de Liberté Surveillée, Tutelle aux allocations familiales, Service de Protection Maternelle et Infantile, voire Service de Secteur Psychiatrique etc...

Outre que le nombre de services concernés, publics ou privés rend impossible une schématisation claire de l'organisation globale de l'aide à l'Enfance (il faudrait dire "des aides"), il faut souligner que cette organisation peu varier d'un département à l'autre en fonction des équipements

propres à chacun deux, souvent insuffisant en nombre et en qualité. Une telle complexité rend compte des difficultés de réaliser des prises en charges cohérentes et continues, du fait de la variation des objectifs de chaque service ou établissement en fonction de son éthique, des difficultés de circulation des informations dont chacun se croit le détenteur particulier, du manque de concertation entre les différents intervenants, voire, nous l'avons souligné d'ailleurs, de leur rivalité, chacun voulant s'instituer en Providence. La coordination des différentes modalités d'action reste dans de nombreux cas, à faire. L'Institution d'un Conseil Départemental de Protection de l'Enfance, prévu par l'article 5 du Décret du 7/01/1959 avait pour but cette coordination. S'il fonctionne dans quelques départements, il apparaît que depuis 1969, il est mis en sommeil ou n'a pas vu le jour, dans la plupart des cas. Et s'il représente une tentative de définir une politique harmonieuse et concertée de l'Aide à l'Enfance, il ne saurait à notre sens supprimer rivalités et conflits inhérents à l'objet traité.

D - LA PREVENTION

Hormis les problèmes d'organisation administrative et financière, qui pèsent d'un poids très lourd sur l'efficacité de l'Aide à l'Enfance, il paraît enfin qu'une discussion sur les buts et l'orientation de celle-ci, doivent être engagée et que l'accent soit mis sur la nécessité de développer la prévention, et non pas seulement d'aménager les structures d'accueil (familiales ou en établissement) pour des enfants dont l'inadaptation est déjà engagée (simple tentative de limitation des effets d'une situation dont on n'a pu empêcher qu'elle se crée).

Dès lorsque de multiples facteurs géographiques, économiques, sociaux, culturels s'interpénètrent pour modeler un milieu familial, il serait vain de vouloir exercer une quelconque action préventive en ignorant ce contexte fondamental. Si le nombre des enfants confiés à l'A.S.E. ou à la Justice augmente régulièrement ce n'est pas seulement le fait d'un dépistage accru ; on ne peut que constater la constance de l'origine des défaillances du milieu naturel liées à la sous-qualification professionnelle, l'éthylisme, les vraies et les pseudodébités, les psychopathies, aux difficultés d'emploi, de logement qui en résultent. La prévention ne saurait alors conduire à concentrer seulement les efforts sur quelques "groupes à haut risque". Deux groupes de population sont à cet égard significatifs :

- les enfants des travailleurs migrants qui représentent à eux seuls la moitié des enfants recueillis temporairement.

- les enfants de mère célibataire, particulièrement vulnérables : 50 % d'entre eux, ayant fait un séjour en maison maternelle échouent à plus ou moins long terme dans les services de l'A. S. E. (Sur 4 naissances d'un premier né d'une mère de moins de 20 ans, un concerne une mère célibataire).

La prévention doit s'exercer de manière plus générale au niveau des milieux familial, social, professionnel. Elle implique des moyens financiers et en personnel que la plupart des départements sont loin de posséder. Il semble cependant qu'il soit difficile de coordonner action de Prévention et intervention de soins (souvent sous forme de placement) qui ne dépendent pas en France des mêmes organismes et des mêmes collectivités. De plus, en matière d'aide sociale, comme en matière médicale, les soins sont souvent coûteux mais leur financement est automatique : lorsque le juge ou la D.D.A.S.S. place un enfant, il agit comme le médecin dont la prescription est remboursée par

un budget illimité. En revanche, la prévention, même, si elle est rentable, reste soumise budgétairement à un vote du Parlement ou des Conseils Généraux.

Certes un tournant important a été pris avec l'Ordonnance du 23 décembre 1958 (modifiée par la loi du 4 juin 1970) et le décret du 7 février 1959, qui jettent les bases de l'assistance éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.) ordonnée soit par la justice soit par la D.D.A.S.S. Mais pour les raisons d'ordre pratique, comme psychologique que nous avons pu étudiées, l'appareil administratif et judiciaire est encore orienté vers la notion de soins plus que vers celle de prévention.

II - LES PRINCIPAUX TYPES D' "AIDE" A L'ENFANCE

Il n'est pas dans notre intention de revenir ici sur les aléas ou les conséquences parfois néfastes des mesures de placement qu'il s'agisse d'un placement familial ou en institution, mais de rendre compte de manière schématique de la diversité des circonstances qui les motivent ou les justifient.

A - LES INTERVENTIONS DE "BIEN-FAISANCE"

De tels placements seraient encore nombreux de nos jours, même si certaines dispositions légales tentent de les supprimer. Ils échappent à tout contrôle, à toute statistique. Des maisons d'enfants à caractère "charitable", qui ne répondent le plus souvent, qu'aux normes minima, reçoivent des enfants à qui leur famille en difficulté ou ceux qui les soutiennent, veulent à tout prix éviter l'intervention d'organismes officiels. En général, de tels placements se font loin du

domicile des parents et l'enfant est voué au minimum à l'absence de visite, voire à l'internat même pendant les vacances. Quand les difficultés d'adaptation de l'enfant deviennent trop importantes, il n'est d'autre solution que de les confier à une institution plus coercitive.

La peur de l'Assistance Publique, la crainte d'avoir affaire aux services sociaux ou au Juge, le refus de certains parents de voir leur enfant confié dans un placement familial à des personnes auxquelles il pourrait s'attacher sont à l'origine de tels systèmes, plus ou moins tolérés dans la mesure où ils constituent, du moins momentanément, une économie pour l'Etat. Momentanément car lorsque les institutions charitables en question, ou les personnes qui parfois jouent le même rôle, démissionnent d'une tâche qui les déborde, c'est l'Etat qui doit prendre en charge l'enfant et réparer les dommages causés.

B - LES PLACEMENTS "SANITAIRES"

Un tel type d'intervention mérite notre attention, parce que les placements sanitaires, qui masquent souvent des détresses d'un tout autre ordre, sont extrêmement fréquents, insuffisamment justifiés sur le plan médical, volontiers répétés, durables, qu'ils méconnaissent pour la plupart les conditions dans lesquelles doivent être réalisées la séparation de l'enfant comme son retour dans la famille pour ne pas lui être préjudiciable, enfin et surtout parce que l'ordonnement médical de tels placements (pédiatre, médecin, privé ou hospitalier) est considéré comme ne pouvant être remis en cause. On croit alors faire oeuvre utile en soustrayant quelques temps à des parents nocifs, un enfant qui finalement retournera chez eux sans que rien n'ait été fait pour assainir la situation.

La multiplication des centres de cure, aériums, sanatoriums, justifiée au départ par des raisons médicales et chirurgicales, a répondu à un besoin masqué de la société et ces centres sont devenus des lieux d'hébergements temporaires où des enfants, non plus malades, mais mal nourris (surtout affectivement) pourraient bénéficier "du bon air de la mer ou de la montagne".

Au même titre la prolongation d'une hospitalisation, son prolongement par un séjour "en maison de Repos" sont obtenus par l'Assistante Sociale hospitalière ou le médecin pour permettre à l'enfant d'échapper quelques temps à la famille, ce qui par ailleurs évite un signalement soit aux services sociaux de Secteur, soit à la Justice. Une enquête de P. STRAUSS, citée par SOULE, a montré ainsi que 25 % des hospitalisations d'enfants dans les Hôpitaux Parisiens, n'étaient pas justifiées par des raisons médicales, compte tenu des méthodes modernes de soins, mais par des raisons psychosocioéconomiques : désinsertion sociale des parents, incapacité à l'investir, suspicion de mauvais traitements, ce qui revient le plus souvent à définir les familles de cas sociaux.

Enfin lorsqu'un travailleur social qui suit une famille, désire placer l'un des enfants mais se heurte au refus des parents, il n'est pas rare que le placement temporaire pour raison sanitaire serve de prétexte à la séparation (la grande distance entre le lieu de séjour et le domicile a valeur de symbole), dans l'espoir que la famille changera d'avis pendant la période de séparation, ou que sa volonté s'usera, afin qu'un placement de longue durée ou à titre définitif puisse être réalisé.

.../...

C - INTERVENTIONS AU TITRE DE L'ENFANCE INADAPTEE

Les justifications par les impératifs de la santé physique ne sont pas les seules qui impliquent un médecin dans un placement d'enfant, abusif lorsqu'il n'est pas assorti d'une prise en charge du reste de la famille. De nombreux placements sont décidés en raison de ces besoins particuliers que recouvre le terme d'inadaptation. Et force nous est de constater que l'admission dans les internats médico-pédagogiques (I. M. P.) relève parfois d'un automatisme, ou que le déficit impliqué, au même titre que "la raison de santé", sert de justification à une mesure qui est prise "contre" la famille et qui n'ose pas dire son nom. Il existe des I. M. P. spécialisés par tranche d'âge, sexe, handicaps, isolés ou associés : débilités, troubles caractériels, arriérations, troubles du langage, énurésie etc...

Ces I. M. P. constituent le plus souvent la bouée de sauvetage temporaire du travailleur social, du médecin, des parents, aux dépens de l'enfant, car souvent l'orientation vers ces institutions sont un pis-aller dont les résultats sont limités.

Si la tendance s'oriente actuellement vers la création d'hopitaux de jour, d'externats médicaux pédagogiques, le manque réel de structures adaptées facilitent à l'heure actuelle, le recours à de telles solutions, et il faudra sans doute encore longtemps, en matière d'aide à l'enfance inadaptée, pour que de tels placements deviennent des mesures rares, décidées en toute connaissance de cause et dans un but déterminé, plus longtemps encore, pour qu'en matière d'aide sociale, le placement au titre de l'inadaptation ne soit plus un recours privilégié et facile.

D - INTERVENTIONS AU TITRE DE

L'AIDE SOCIALE

Entrent dans cette rubrique, toutes les interventions pratiquées par les travailleurs sociaux dépendant de services ou d'administrations à visée sociale : assistante sociale d'usine, de services publics, de la sécurité Sociale, de la Caisse d'Allocation familiale, de l'école etc...

Le but et le sens de leurs actions sont variables en fonction de leur éthique personnelle, de l'organisme qui les emploie, modelés par des principes diffus concernant les besoins des enfants et la "normalité" des familles.

En fait, la conception traditionnelle exclusivement "sociale" de l'aide à l'enfance en danger, la structure morcelée et ségrégationniste des différents services, qui comme le souligne SOULE, isole le travailleur social et le projette seul dans des situations conflictuelles qu'on ne l'a pas formé à affronter, sont en partie responsables de modes d'action aussi variés qui insuffisants, sinon inefficaces parce qu'isolés, ponctuels, à court terme.

C'est ainsi que le signalement se fait souvent "en catastrophe" à l'organisation compétente et équipée, après un long temps d'essai de résolution individuelle des problèmes.

E - LE PLACEMENT FAMILIAL

Il mérite enfin une mention particulière parce qu'il représente le mode de placement le plus utilisé, regroupant dans 30 départements, 61 % environ de l'ensemble des pupilles ou assimilées confiées au Service de l'A. S. E.

Si un tel mode de placement peut apparaître à certains égards idéal, notamment pour les enfants sans famille, car permettant que lui soient prodigués des soins personnalisés, et lui offrant des substituts parentaux individualisés, il soulève des problèmes de plus en plus fréquents, d'autant plus qu'il s'agit d'enfants retirés temporairement à leurs parents :

- Le prédominance encore actuelle des placements en milieu rural et les difficultés connues à l'occasion de la poursuite de la scolarité, de la mise au travail, d'une rééducation éventuelle, des visites des parents ;

- l'instabilité fréquente du placement familial, surtout en cas de recueil temporaire ;

- le maintien des relations avec la famille d'origine et la rivalité entre celle-ci et les parents nourriciers ;

- le type d'enfants confiés à l'A. S. E., de plus en plus âgés et présentant des troubles du caractère, instabilité, débilité ...

- la qualité du milieu d'accueil, souvent insuffisant.

Le placement familial comporte des risques évidents lorsqu'il n'est pas tenu compte des conditions psychologiques et sociales nécessaires à sa réussite. Une observation, caricaturale si elle n'était dramatique, peut stigmatiser certaines incohérences commises dans ce domaine :

Une fratrie de 12 enfants est confiée par leurs parents à la D. D. A. S. S. puis abandonnés (les parents disparaissent sans laisser de traces). Trois d'entre eux,

respectivement âgés de 3, 4 et 5 ans sont confiés à des parents nourriciers, connus de l'A. S. E. pour avoir déjà recueilli d'autres orphelins, mais âgés, lors de ce nouveau recueil de 67 et 68 ans !! Quatre ans plus tard, épuisés par la tâche, il délègue l'éducation des trois enfants à leur fille aînée, célibataire endurcie en quête d'enfants à aimer et à secourir, dénuée de tout réalisme, mythomane. L'Adjonction d'une A. E. M. O. et la présence d'une assistante sociale pour compléter le "transfert" des enfants des parents nourriciers à leur fille, n'a pu empêcher une évolution catastrophique de ceux-ci et la nécessité d'un placement spécialisé pour deux d'entre eux.

Ainsi, nous a-t-il semblé, au travers de notre expérience personnelle que les critères d'agrément pour les familles nourricières pourraient être revus dans de nombreuses circonstances.

III - LA PROTECTION JUDICIAIRE DE L'ENFANCE

A - LES BASES JURIDIQUES

§ L'ordonnance du 2 février 1945

Relative à l'enfance délinquante a fixé dans ses grandes lignes, la spécialisation des tribunaux pour enfants et les modalités de leur fonctionnement.

Le Juge des enfants peut prononcer à l'égard des mineurs des peines d'emprisonnement, des amendes, voire une simple admonestation, ou prescrire, soit un placement dans un établissement habilité, soit des mesures d'observations, qui sont depuis la quasi disparition des centres d'observation, essentiellement des mesures d'observation en milieu ouvert (O. M. O.) pour une durée limitée à 6 mois.

.../...

§ La loi du 4 juin 1970 (ancienne ordonnance du 3 décembre 1958)

sur la protection de l'enfance en danger spécifie que si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur de 18 ans sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'Assistance Educative en Milieu Ouvert (A. E. M. O.) peuvent être ordonnées par le Juge des Enfants, à la requête du père, de la mère, du gardien, du tuteur, du mineur lui-même, du Ministère Public ou du Juge des Enfants lui-même (saisine d'Office).

Mais l'éventail des sanctions judiciaire est large : retrait du droit de garde, placement provisoire, remise à la famille, chacune de ces sanctions pouvant être accompagnée d'une A. E. M. O.-A l'extrême, le retrait de puissance paternelle (Loi du 24 juillet 1889) entraîne l'immatriculation de l'enfant parmi les pupilles de l'Etat.

En matière d'A. E. M. O., le Juge désigne un service d'éducation - variable suivant l'équipement social - public ou privé (c'est le cas des Associations départementales de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence), en lui donnant mission d'apporter "aide et conseil à la famille". Un éducateur ou une assistance sociale est chargée de suivre le développement de l'enfant dans sa famille et doit faire périodiquement le rapport de l'action entreprise au Juge des Enfants. Celui ci peut seul modifier les mesures qu'il a ordonnées.

B - L'ASSISTANCE EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT

a) Autrefois, les enfants assistés étaient ceux dont les parents se démettaient volontairement ou étaient déchus. Aujourd'hui, l'aide est apportée à partir de "signalements" (assistante sociale

de secteur, école, médecin etc...) qui constatent à la suite d'une "enquête sociale" l'incapacité ou la nocivité de parents qui conservent leur puissance paternelle. Si dans certains cas les parents requièrent eux-mêmes une aide éducative (adolescent délinquant, fugueur, difficile), le plus souvent cette aide leur est apportée malgré eux, sinon "contre eux". Car si la loi fait au Juge devoir d'obtenir l'adhésion de la famille à l'Aide Educative, cette adhésion peut n'être que de principe, obtenue sous la contrainte que constitue en soi l'autorité judiciaire (sous la menace latente d'une sanction plus contraignante), elle est plus rare dans les faits. Il se peut aussi que des parents, soucieux de se débarrasser d'un enfant trop gênant, ou compromettant par sa conduite, demandent au Juge des Enfants un placement de celui-ci, mais que le Juge leur propose une A. E. M. O., qui apparaîtra secondairement à la famille trop contraignante.

Si l'on admet enfin que la "pathologie" qui échoit à la Justice est souvent la plus "lourde" (et l'on conçoit que les familles de cas sociaux constituent une part très importante de la clientèle des juridictions de mineurs), ne serait-ce que parce que les signalements lui sont faits tardivement, on imagine volontiers les extrêmes difficultés que rencontre une aide qui tente de concilier justice et compassion, droits des parents, besoins et droits des enfants. On comprend tout autant le désarroi du travailleur social (parfois insuffisamment formé à ce type de travail) projeté seul dans des situations extrêmement complexes et conflictuelles, alors même qu'il découvre son incapacité à assumer l'inadaptation telle qu'elle se présente, dans ses différentes composantes matérielles (logement insalubre, chômage, menace d'expulsion, suppression des allocations familiales, absences de ressources etc...) et psychologiques.

.../...

Il lui est de plus malaisé, sinon impossible de se dégager des implications affectives contradictoires soulevées par l'identification à des parents ou à des enfants dont les besoins conscients et inconscients sont souvent opposés. Le "projet éducatif" que formule l'éducateur après ses premières rencontres avec la famille à assister, n'est alors qu'une tentative (vite mise en échec) de se réassurer quant à son propre devenir dans une situation dramatique et incontrôlable.

b) Sans qu'il nous soit possible de développer tout ce qui fait l'originalité de l'assistance éducative judiciaire (il existe en effet des A. E. M. O. dites administratives exercées par la D. D. A. S. S.), un élément nous paraît devoir être signalé, qui pour constituer un frein supplémentaire à l'exercice de l'aide en milieu ouvert. Certains travailleurs sociaux supportent mal le handicap initial que comporte une action engagée sous la contrainte réelle ou supposée de la Justice, et tentent d'ignorer délibérément le contexte particulier dans laquelle cette action s'insère. Le fait n'est pas rare : se référer au pouvoir de contrainte du Juge et le mettre en cause permet de rationaliser l'inefficacité de l'A. E. M. O. Beaucoup d'éducateurs n'hésitent pas à dire que leur apport propre se réalise dans une relation "affective", le recours au Juge n'étant alors rien d'autre que le recours à la force, l'autorité du Juge prenant sa source dans les pouvoirs dont il dispose au niveau de la contrainte. On peut en fait se demander si les pouvoirs en questions, réels dans la rigueur des principes, ne sont pas de fait partagés par le Juge et les travailleurs sociaux, quand ils ne sont pas l'exclusivité de ces derniers. Mais on peut concevoir que les parties prenantes à la collaboration aient parfois tendance à se renvoyer l'une à l'autre la fraction la plus pénible de l'exercice de l'autorité.

.../...

Outre que de tels conflits sont des freins à une cohésion nécessaire dans l'action éducative menée (conflits que les parents ou l'adolescent savent toujours exploiter), nous voudrions signaler ici ce que la position du Juge peut avoir de semblable à celle du psychiatre dans le domaine de l'Aide à l'Enfance, lorsqu'ils sont l'un comme l'autre vécu comme des représentants de la société coercitive. Ce n'est d'ailleurs pas une des moindres contradictions que de constater, si l'intervention judiciaire est un dernier recours à éviter pour les travailleurs sociaux qui y sont étrangers, que l'A. E. M. O. Judiciaire constitue souvent dans l'esprit de celui là-même qui l'exerce (et qui en rejette la spécificité) une ultime barrière qui protège "sa famille" d'un rejet manifeste de cette société coercitive. D'illusions en désillusions, il tentera donc de maintenir un semblant de cohésion dans "ses" familles, pour remplir, aux yeux mêmes du Juge dont il récuse le contrôle, des missions impossibles : car il n'est pas douteux que l'Assistance Educative n'a d'efficience que dans des limites par ailleurs variables, suivant les lieux.

Si cette efficience dépend du degré d'expérience et de technicité des équipes éducatives, de l'existence ou de l'absence de telle ou telle modalité de prise en charge, du degré de maturation et de cohésion dans lequel on est parvenu au niveau de la collaboration, il reste que certaines situations échappent aux possibilités des institutions socio-éducatives existantes.

Ainsi le critère "efficacité", auquel doit pourtant satisfaire, au dire même de la Loi, une mesure d'A. E. M. O., n'est-il pas toujours pris en compte. La présence d'un éducateur ou d'une assistante sociale dans certaines familles inamendables, prolongée plusieurs années (10 ans et plus !), exprime alors le besoin de contrôler l'évolution d'une situation, d'exorciser magiquement le drame qui risque de survenir ("si je

les abandonne, qu'è vont devenir les enfants ?"), d' "être là" quand la catastrophe redoutée surviendra, enfin d'espérer pouvoir intervenir, un jour, d'une manière différente (par un placement autoritaire des enfants), lorsqu'un degré de plus dans la désocialisation ou l'inadaptation sera atteint. De telles attitudes s'observent lorsque les parents menacent de se suicider, de tuer leurs enfants, ou le mari de tuer sa femme; si "on" leur enlève les enfants, ou lorsque, sans que les parents l'aient exprimé, le travailleur social craint de telles conduites de leur part. (il existe toujours quelque fait divers à sensation pour accréditer ce qui est souvent de l'ordre du fantasme ou pour rendre crédible les menaces ouvertement formulées).

Mais on ne saurait s'étonner que les équipes d'hygiène mentale, de qui nombre de ces familles relèveraient, aient tendance à les considérer comme "un contingent noir" où ne s'aventurent que les pionniers un tant soit peu masochistes. L'absence de "demande psychiatrique" de la part des familles, demande considérée comme la condition "sine qua non" d'une intervention psychiatrique, évite d'ailleurs de se poser de telles questions.

IV - LE PSYCHIATRE ET LA PROTECTION JUDICIAIRE DE L'ENFANCE

L'ordonnance de 58 (ou Loi du 4 juin 70), qui prévoit l'organisation de mesures sociales susceptibles de prévenir les dommages que risquent de subir des enfants en danger dans leur famille, précise qu'un recours pourra être fait à des examens médicaux, psychologiques et psychiatriques, si le Juge ne possède pas des éléments suffisants d'appréciation.

De tels examens, parfois pratiqués dans un dispensaire d'Hygiène Mentale, le sont le plus souvent

(dans notre cas) dans le cadre des institutions habilitées à assurer des mesures d'assistance ou d'observation. La consultation médico-psychologique, dite consultation d'orientation éducative (C. O. E.) a pour but *"d'éclairer sur la personnalité du mineur"*. C'est à dire qu'elle est avant tout une expertise, qu'elle n'est pas conçue dans une visée thérapeutique. Le psychiatre qui la réalise n'aura le plus souvent, plus de nouvelles de son "client" d'un jour. La consultation s'assortit d'un rapport au Juge des Enfants, rapport qui va grossir le "dossier", appendice inséparable de l'enfant, qui le précède dans toutes ses pérégrinations.

Requise théoriquement par le Juge, en fait par le travailleur social qui suit l'enfant, cette C. O. E. est rarement demandée par les parents, sinon lorsque le comportement trop asocial ou difficilement supportable de l'enfant leur permet d'affirmer : "il est malade, ... ce n'est pas Possible, il est fou..." voire "il est comme son père (ou comme sa mère)" lorsque l'un des parents cherche, par enfant interposé de régler inconsciemment ses comptes avec l'autre des époux.

Aussi la raison la plus fréquemment invoquée par le travailleur social, auprès de la famille, est-elle la nécessité d'envisager pour leur fils ou leur fille une nouvelle orientation scolaire ou professionnelle. Si dans de tels cas, l'examen psychologique, qui s'entoure de tests multiples, est rendu crédible aux yeux des parents, le "on en profitera pour faire voire notre enfant au médecin" (on ne dit pas psychiatre) ne convient pas toujours et entraîne des réticences. La non présence au rendez-vous n'est pas rare, que les convocations systématiques, sur un formulaire à en-tête, tentent d'éviter.

.../...

Reste que les parents ressentent à juste titre que la consultation psychiatrique n'est pas destinée à leur seul enfant, qu'elle est aussi, et parfois seulement, prétexte à les rencontrer, à les juger, que l'on va peut être leur enlever leur enfant, ce qui constitue un handicap initial parfois insurmontable, les réticences des parents ne permettant alors pas d'obtenir des éléments d'appréciation suffisants. Lorsque plusieurs enfants d'une même fratrie relèvent d'une consultation médico-psychologique et qu'il paraît impensable de tous les mobiliser jusqu'au lieu de consultation, on proposera au psychiatre de rencontrer celui d'entre eux qui pose le plus de problèmes actuels, attendant que ses frères ou soeurs soient en âge de manifester bruyamment leurs troubles. A l'inverse, quand ce sont les parents que l'on veut "montrer" au psychiatre, il peut advenir que "l'enfant prétexte" choisi, soit le moins perturbé de la fratrie, de façon à ne pas inquiéter outre mesure les parents... De telles remarques relèvent sans doute de l'anecdote, mais elles témoignent du caractère particulier comme des conditions de notre exercice, et certes il nous a été plus d'une fois demandé par le biais de ces consultations, d'apprécier la dangerosité du milieu familial sinon de remettre (mais comment ?) les parents dans le droit chemin, ou de rassurer l'éducateur sur le bien fondé de ses interventions. Parfois plus simplement, de compatir à son impuissance.

Longtemps, l'avis du spécialiste n'a été considéré que comme une information (par ailleurs superflue) supplémentaire et la consultation peut n'être nécessaire qu'à donner une caution médicale à des mesures prises par d'autres : il nous arrive de voir des enfants pour compléter un dossier d'admission en I. M. P. alors que la demande a été faite depuis plusieurs semaines.

.../...

Certes la participation du psychiatre au travail d' A. E. M. O., à travers les synthèses qui suivent une consultation, par le contrôle individuel ou collectif que l'on peut lui demander d'exercer sur le travail des éducateurs, est une orientation nouvelle ouvertement réclamée. Mais l'intégration du psychiatre dans "ce que l'on appelle l'équipe multidisciplinaire", au delà des vœux de principe se heurte à certaines difficultés :

- pratiques : le psychiatre est souvent employé à temps partiel, payé à la vacation, son temps d'intervention est compté, ses interventions ponctuelles. Consultation et travail d'A. E. M. O. émargent à des budgets différents, qu'il faut équilibrer (nombre croissant de consultations en fin d'année). La consultation psychiatrique, payée par la Justice ou le Ministère de la Santé, à un tarif très supérieur à celui des consultations en Dispensaire d'Hygiène Mentale, constitue un apport financier non négligeable à l'association qui emploie le psychiatre, mais les interventions "thérapeutiques" (entretien avec les familles, les éducateurs, psychothérapies) ne sont pas financièrement rentables pour le service social.

- l'organisation des structures ne facilite certes pas la prise en charge commune des cas, mais au delà de ces problèmes d'ordre pratique, il persiste encore une crainte largement partagée par les non-psychiatres, de ce que la psychiatrie peut dire, savoir, ou faire et que traduit l'aphorisme courant : "il ne faut pas psychiatriser tous les problèmes". Pour ceux qui pensent alors que l'aide sociale peut être thérapeutique pour les parents ou leurs enfants en restant purement "sociale" le problème de l'intégration du psychiatre dans un processus rééducatif continu ne pourra être résolu que lorsque disparaîtra la crainte de voir le "pouvoir éducatif" ou le "pouvoir judiciaire" remplacé par un "pouvoir psychiatrique" tout aussi illusoire.

.../...

Nous avons cependant essayé de montrer, que, isolé, le travailleur social, ne pouvait dépasser la situation conflictuelle pour lui qu'implique la protection de l'enfant en danger dans sa propre famille. Il risque de s'épuiser à aider "socialement" la famille, faute de pouvoir poser le vrai problème de la dynamique des conflits qui sous-entend la relation parents-enfants. Sans doute le psychiatre, de par sa formation, est-il habilité à jouer ici le rôle important d'éclairer cette dynamique intrapsychique et interpersonnelle. Son rôle ne saurait se résumer à avaliser des décisions prises par d'autres, à orienter les enfants dans les services hospitaliers ou les I. M. P., sans qu'il n'ait de place dans l'élaboration de la politique d'aide à apporter aux familles et aux enfants.

Sans doute le psychiatre de secteur a-t-il aussi un rôle à jouer alors que les intersecteurs de pédopsychiatrie se mettent en place, tandis que se créent parallèlement des circonscriptions de services sociaux. Le cloisonnement de ces différentes structures de soins persistera-t-il et doit-on penser que cette fraction de la population que SOULE nomme "*infrapsychiatisable*" restera pour longtemps encore secourue par la seule Aide Sociale et que se perpétuera la ségrégation des cas sociaux.?

CONCLUSIONS

Nous avons tenté de présenter ce travail comme un panorama de questions et de constatations relatives à cette partie de la population, de tous temps mise à l'écart, que constituent les enfants sans famille ou privés de milieu familial normal, et qu'aujourd'hui l'on nomme les enfants "cas sociaux".

S'ils ont en commun de tous appartenir à des familles dissociées, d'un milieu socio-culturel très défavorisé, ces enfants là ont aussi pour caractéristique d'être l'objet de la sollicitude charitable des Services Sociaux, dont les interventions, méconnaissant encore trop souvent les principes les plus assurés de l'Hygiène Mentale Infantile, n'évitent pas que se créent ou que se confirment chez eux, des déficits et des troubles qui constituent, au delà même d'un renforcement de l'injustice sociale, un préjudice pour notre collectivité.

Les Service d'Assistance à l'enfant privé de famille ou de milieu familial normal, autrefois Assistance Publique, aujourd'hui Aide Sociale à l'Enfance, ont organisé depuis des siècles des milieux de remplacements qui ont assuré la survie, l'élevage, l'éducation d'enfants que la population générale a pourtant successivement condamné à la mort ou à la ségrégation.

Les fondements historiques et psychologiques d'une telle ségrégation permettent de comprendre pourquoi persistent de nos jours des modes d'aide aux enfants (dans le domaine de l'aide sociale, à l'école, etc...) qui contribuent à ce que SOULE dénomme *"le Grand renfermement des enfants dits cas sociaux"*.

.../...

Outre que les déficits présentés par ces enfants (troubles du caractère, débilités, psychopathies, psychoses) sont d'accès beaucoup plus difficiles et coûteux en énergie, en compétence et en temps, que les troubles névrotiques, leurs conséquences lointaines sont également plus dramatiques. Les perturbations de l'affectivité et de la personnalité de ces enfants retentissent dans leur vie d'adulte et de parent, et ainsi s'établissent des généalogies pathogènes marquées d'une sorte de fatalité.

Certes les mesures d'aide éducative en milieu ouvert qui tentent de réconcilier justice et compassion, droits des parents, droits et besoins des enfants peuvent elles apparaître comme une évolution importante dans le domaine de la protection de l'enfance en danger. Mais la complexité de l'organisation de l'assistance à l'enfance, dont le psychiatre est un aide encore marginal, comme la structure séparée des services, facilitent la pérennisation d'interventions inadaptées ou insuffisantes. C'est lorsqu'une famille devient un "cas social", lorsqu'elle ne peut plus parler à elle seule aux déficiences de l'enfant, ou qu'elle l'investit insuffisamment pour réparer les dommages qui ont pu lui être causés, que se multiplient les interventions à type d'aide sociale qui parfois masquent et aggravent les perturbations initialement en cause.

Alors que se mettent en place des structures de soins diversifiées au titre desquelles doivent être retenus les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, on ne peut que souhaiter qu'une part y soit faite à ces enfants, que les pratiques actuelles cantonnent encore dans la marginalité.

THESE SOUTENUE PAR MONSIEUR JEAN-PIERRE MEREL

C O N C L U S I O N S

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)

Professeur P. GIRARD

Vu, Le Directeur
De l'U.E.R. Sud-Ouest

J. M. ROBERT

Vu et Permis d'Imprimer
Lyon, le

Le Président de l'Université Claude BERNARD
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales

D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

AIDE SOCIALE (L)

Feuilles d'Information n° 76
PARIS - U. N. A. P. E. I. - 1971

AIMARD (P)

"L'enfant et son langage"
Ed. SIMEP - 1972

AUBRY (J) et Coll.

"La carence de soin maternel"
PARIS - PUF - 1955

BERGERET (J)

"Abrégé de psychopathologie"
Masson et Cie - 1972

BOWLBY (J)

"Soins Maternels et Santé Mentale"
Cahiers de l'O. M. S. - 1954

BRUEL (A)

"Jalons pour une dialectique du Judiciaire et de l'éducatif"
Annales de Vaucresson - n° 10 - 1972

CASTETS (B)

"L'enfant fou"
Fleurus - 1970

CASTORIADIS-AULAGNIER (P)

"La violence de l'interprétation"
Le Fil Rouge - PUF - 1975

CHAZAL (J)

"L'enfance délinquante"

PUF - 1961

CHAZAL (J)

"Les droits de l'enfant"

Coll. "Que sais-je" PUF

CHILAND (C)

"L'enfant de six ans et son avenir"

Le Fil Rouge - PUF - 1973

CHOMBARD de LAUWE (Y. M. J.)

"Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté"

C. N. R. S. - PARIS - 1969

CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES

"Psychopathologie de l'adolescence"

n° 7 - 1971

CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES

"Les psychoses infantiles"

n° 3 - 1969

DE AJURIAGUERRA (J)

Manuel de Psychiatrie de l'enfant

Masson et Cie - 1970

DE BOUCAULT et Coll.

"Etude comparée de la Structure psychologique de l'enfant cas social"

Revue de Neuropsychiatrie Infantile

n° 9, 22 - 1974

DEBUYST (C)

"L'enfant et l'adolescent voleur"

DESSARTS - 1971

DIATKINE (R) et FAVREAU (J)

"Le psychiatre et les parents"

Psychiatrie de l'enfant -

Vol 14 - n° 1 - 1960

DOLTO (F)

"Psychanalyse et Pédiatrie"

Ed. SEUIL - 1971

DUPONT - FAUVILLE (Rapport)

"Pour une réforme de l'Aide Sociale
à l'Enfance"

Editions Sociales Françaises - 1973

FREUD (A)

"Le normal et le pathologique chez
l'enfant"

Gallemard - 1972

FREUD (S)

"Introduction à la psychanalyse"

Petite Bibliothèque PAYOT - 1962

FREUD (S)

"Métabolisme"

Gallemard - 1968

FREUD (S)

"Malaise dans la civilisation"

PUF - 1971

HADFIELD (J. A.)

"L'enfance et l'adolescence"

PAYOT - 1972

HENRY (M)

"Les jeunes en danger"

Annales de Vaucresson - 1972

HEUYER (G)

"La délinquance juvénile"

PUF - 1969

KESTENBERG (J)

"L'identité et l'identification chez
l'adolescent"

Psychiatrie de l'enfant - 1962 -

Vol V - Fasc. 2 - pp 441 - 522

KLEIN (M)

"Essais de psychanalyse"

PAYOT - 1972

LAING (R)

"La politique de la famille"

STOCK - 1973

LAING (R)

"Le moi divisé"

STOCK - 1972

LAUNAY et Coll.

"Les enfants difficiles"

MALOINE - PARIS - 1969

.../...

LEBOVICI (S)

"De l'influence du caractère et de
la personnalité des éducateurs"
Sauvegarde de l'Enfance
n° 1 - 2 - 3 - 1961 pp 68 - 81

LEBOVICI (S)

"L'Abord écologique en psychiatrie
infantile"
Psychiatrie de l'enfant - 1964 -
Vol VII - Fasc. 1 - pp 199-268

LEBOVICI (S) et SOULE (M)

"Connaissance de l'enfant par la
psychanalyse"
PUF - 1972

LEGAL (A)

"Le rôle nouveau du père"
Ed. E. S. F. 1972

LE MOAL (P)

"Parents séparés, enfants perturbés"
Duculot - BRUXELLES - 1971

MANNONI (M)

"L'enfant, sa maladie et les autres"
Ed. SEUIL - 1967

MANNONI (M)

"Education impossible"
Ed. SEUIL - 1973

.../...

MEAD (M)

"La carence de soins maternels du point de vue de l'anthropologie culturelle"

Cahiers de l'O. M. S. n° 14 -
1961 - pp 44 - 62

MILLER (L)

"Les enfants du rejet"

Concours Médical - 7/4/1973
pp 2521 - 2590

NOEL (J)

"Les adolescentes très difficiles"

La psychiatrie de l'enfant - T. VIII
Fasc. 2 - 1965

POROT (M)

"L'enfant et les relations familiales"
PUF - 1973

SOULE (M) et NOEL (J)

"Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux ou malaisés dans la bienfaisance"

La psychiatrie de l'enfant - Fasc. 2
1971 - pp 577 - 620

SOULE (M)

"Fondements théoriques de l'Hygiène et de la prophylaxie mentale infantile"
Sauvegarde de l'enfance - 1962 -
XVIII - 5 - 6, pp 345 - 361

SOULE (M) - NOEL (J) - BOUCHARD (F)

"Le placement familial"

Ed. E. S. F. - 1969

SPITZ (R. A.)

"La première année de la vie de
l'enfant"

PUF - 1969

WIDLOCHER (D)

"Fonction paternelle, complexe
d'Oedipe et formation de la person-
nalité"

Revue Française de Neuro-psychiatrie
de l'enfant - oct. - nov. 1965

XIII - 10, 11 - pp 777 - 781

WINNICOT (D. W.)

"De la pédiatrie à la psychanalyse"

PAYOT - 1971

WINNICOT (D. W.)

"L'enfant et sa famille"

PAYOT - 1967

WINNICOT (D. W.)

"Processus de maturation chez
l'enfant"

PAYOT - 1974

WOLFF (S)

"Enfants Perturbés"

Ed. DENOEL - 1971

TABLE des MATIERES

- DIALOGUE EN GUISE DE PREFACE	
- INTRODUCTION	Page 1
- <u>PREMIERE PARTIE : LES ENFANTS ET LES FAMILLES</u> DITS DE "CAS SOCIAL"	6
I - <u>CONSIDERATIONS SOCIO-FAMILIALES</u> <u>LE SORT DES ENFANTS DITS "CAS SOCIAUX"</u>	
A - <u>LE MILIEU FAMILIAL</u>	9
1. La Dissociation Familiale	11
2. Les Perturbations des Relations Parents-Enfants	14
3. Les déficiences Parentales	17
B - <u>LE MILIEU SOCIO-CULTUREL</u>	19
1. Les Données Socio-Economiques	20
2. Les Facteurs Culturels	24
3. Les Conditions de vie et leur Rôle dans l'inadaptation	28
C - <u>LE SORT DES ENFANTS DITS "CAS SOCIAUX" ..</u>	30
1. La Fréquence des Placements	33
2. Psychiatrie Infantile et Cas Sociaux ..	37
3. L'Ecole	42

.../...

II - <u>LA SEGREGATION DES ENFANTS CAS SOCIAUX</u>	
<u>CONSIDERATIONS HISTORIQUES ET</u>	
<u>PSYCHOLOGIQUES</u>	
A - <u>LES FONDEMENTS HISTORIQUES</u>	Page 45
B - <u>LES FONDEMENTS PSYCHOLOGIQUES</u>	51
1. Segrégation et Sacralisation :	
Rejet et surinvestissement	51
2. Le Roman Familial	56
3. Roman Familial et Aide à l'Enfance.	59
4. Conclusions	62
III - <u>ETUDES PSYCHOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE</u>	64
A - <u>LES CARENCES PARENTALES ET LEURS</u>	
<u>CONSEQUENCES</u>	65
B - <u>APERCU PSYCHOPATHOLOGIQUE</u>	67
1. Réussite scolaire et Niveau	
Intellectuel	68
2. Caractères de l'Affectivité	71
3. Conclusions	74
- <u>DEUXIEME PARTIE : OBSERVATIONS</u>	77
ESTHER	78
JEAN-YVES	81
SANDRINE	86
FABIENNE	91
ROLAND	93
AIME	97
STEPHANE	101
SAID	105
RICHARD	109
JEAN-FRANCOIS	114

- <u>TROISIEME PARTIE : AIDE SOCIALE ET PROTECTION</u>	
<u>JUDICIAIRE DE L'ENFANCE</u> Page	119
I - <u>GENERALITES</u>	120
A - <u>L'AIDE A L'ENFANCE : Un DOMAINE</u>	
<u>POLITIQUEMENT ORPHELIN</u>	120
B - <u>L'IMPORTANCE NUMERIQUE ET CONSEQUENCES</u>	
<u>ECONOMIQUES</u>	121
C - <u>LA COMPLEXITE DES STRUCTURES ET DIF-</u>	
<u>FICULTES DE COORDINATION</u>	122
D - <u>LA PREVENTION</u>	124
II - <u>LES PRINCIPAUX TYPES D' "AIDE" A L'ENFANCE..</u>	126
A - <u>INTERVENTIONS DE BIENFAISANCE</u>	126
B - <u>PLACEMENTS SANITAIRES</u>	127
C - <u>INTERVENTIONS AU TITRE DE L'ENFANCE</u>	
<u>INADAPTEE</u>	129
D - <u>INTERVENTIONS AU TITRE DE L'AIDE</u>	
<u>SOCIALE</u>	130
E - <u>LE PLACEMENT FAMILIAL</u>	130
III - <u>LA PROTECTION JUDICIAIRE</u>	132
A - <u>LES BASES JURIDIQUES</u>	132
B - <u>L'ASSISTANCE EDUCATIVE EN MILIEU OUVERT.</u>	133
IV - <u>LE PSYCHIATRE D'ENFANT ET LA PROTECTION DE</u>	
<u>L'ENFANCE</u>	137
- <u>CONCLUSION</u>	142
- <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	145

